Rok XLII. Kraków, 3 Stycznia 1903. Nr. 1.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe **w Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38 **w Chicago** Dr. Bronisław Grabowicz, Milwauke **Av. Nr. 576.**

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje **40 halerzy.**

Przedpłata wynosi:

w Austryi	rocznie 20 koron, półrocz. 10 kor.,	kwart. 5 koron.	
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	„ 7 rubli.	„ 3·50 rsr.,	„ 1·75 rsr.
w Niemczech	16 marek.	„ 8 marek,	„ 4 marki.
we Francyi	„ 30 frank..	„ 15 frank.,	„ 7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Treść:

Rok XLII. Kraków 3 Stycznia 1903. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Przeglądając piśmiennictwo dotyczące sprawy zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków, zauważyć możemy kilka okresów, przez jakie sprawa ta przeszła. Postawiona na porządku dziennym przez Credégo w roku 1881, wywołała znany powszechnie przewrót w postępowaniu w zakładach porodowych całego niemal świata i spowodowała pojawienie się mnóstwa prac, w których przeważnie potwierdzano spostrzeżenia Credégo. Nie brakło naturalnie i tutaj sporu o pierwszeństwo, nie brakło też wielu niefortunnych prób „ulepszenia“ znakomitego sposobu Credégo. Pojawiały się naturalnie sposoby zachwalane, ale też i używane tylko przez jednego autora i ustępowały rychło miejsca nowym. Wszystkie te „nowe“ sposoby miały jedną wspólną cechę: były one znacznie mniej pewne i najczęściej znacznie trudniejsze do wykonania, niż prosty i zupełnie pewny sposób Credégo, polegający, jak wiadomo, na wprowadzeniu do worka spojówkowego noworodka jednej kropli 2% roztworu azotanu srebra.

Sposób Credégo przetrzymał zwycięsko ogniową próbę „ulepszań“ i nadeszła chwila, w której zaczęto poważnie myśleć nad tem, ażeby to, co stało się błogosławieństwem setek noworodków w zakładach publicznych, wyprowadzić poza mury tych zakładów i zabezpieczyć przez to i dzieci rodzące się poza klinikami od cierpienia tak często przyprawiającego je o ślepotę. W Niemczech rozpoczęto tę akcyą i tam też ją pogrzebano. Przyczyną, dla której zajmowała ona znacznie krócej, niżby to być powinno, umysły powołanych do tego ludzi, była ta okoliczność, że w r. 1885 berliński profesor położnictwa Karol Schröder, największa wówczas powaga, oświadczył się w urzędowej ocenie przeciw obowiązkowemu wprowadzeniu sposobu Credégo w praktyce akuszerek.

Orzeczenie to opierało się na dwóch motywach: 1) W przeciwstawieniu do ochronnego szczepienia ospy chodzić tu ma nie o zapobieżenie epidemiom, tylko poszczególnym przypadkom, a więc nie o ochronę ogółu, ale niektórych jednostek. 2) Znaczne zadrażnienie, jakie powoduje kropla dwuprocentowego azotanu srebrowego w oku noworodka, ma być tak podobne do pierwszych okresów rzeczywistego ropnego zapalenia, iż łatwo zdarzyć się może, że akuszerki, nie mogąc odróżnić jednego od drugiego, nie wezwą na czas lekarza w przypadku ropnego zapalenia, sądząc, że mają do czynienia z zadrażnieniem przez kamień piekielny. Karol Schröder był powagą i orzeczenie jego, bronione aż do ostatnich czasów przez wielu autorów, wystarczyło do usunięcia sprawy obowiązkowego zakraplania sposobem Credégo z porządku dziennego. O ile sprawa ta była i jest po dziś dzień pierwszorzędnej wagi, o tyle motywa Schrödera są zdaniem mojem, błahe i rzeczy zgoła nie rozstrzygające. Ochrona choćby nielicznych jednostek przed możliwą ślepotą jest przecież niewątpliwym obowiązkiem społeczeństwa, a poddawanie ogółu pewnym procedurom dla ochronienia tych jednostek jest tak długo usprawiedliwionem, dopóki się nie znajdzie sposobu odróżniania zupełnie pewnego noworodków narażonych na tę chorobę, od tych, które jej dostać nie mogą. Co się tyczy drugiego motywu, to zapewne raz i drugi staćby się mogło to, czego się Schröder też obawia, w każdym jednak razie zysk byłby nieporównanie większy, niż strata.

Orzeczenie Schrödera zamknęło drugi okres publikacyi, dotyczących tej sprawy. Nieliczne prace, które się pojawiały później, nie zmieniały zasadniczych na rzecz poglądów. Dopiero w roku 1896 pojawiła się praca Hermana Cohna, wywołana dyskusyą naukową w Tow. śląskiem, a oparta na skrzętnych badaniach i ogromnych liczbach statystycznych. Odkryła ona nagą prawdę i dowiodła, że znakomite wyniki sposobu Credégo w zakładach nie wpłynęły prawie zgoła na smutny stan poza zakładami: wykazała, że i po roku 1884 tysiące dzieci zapada na tę chorobę, a setki tracą wzrok. W konkluzyi domaga się Cohn wbrew orzeczeniu Schrödera, obowiązkowego wprowadzenia ochronnego sposobu Credégo w praktyce położniczej akuszerek.

W ostatnich paru latach widzimy wreszcie czwarty okres w rozwoju zajmującej nas tu sprawy: jest nim poszukiwanie środka, któryby mógł skutecznie zastąpić dwuprocentowy azotan srebrowy, nie drażniąc tak silnie oka. Okres ten różni się zasadniczo tem od pierwszych prób „ulepszenia“ sposobu Credégo, że występują tu same przetwory srebrowe, jak: argonina, itrol, octan srebrowy, protargol — nie zaś środki odkażające, jak sublimat, karbol, bor i t. d. Jest to naturalnem następstwem zrozumienia, że 1) ropne zapalenie oczów noworodków jest przeważnie rzeżączkowem i 2) że przetwory srebrowe działają swoiście przeciw rzeżączce.

I ten czwarty okres uważać dziś możemy za skończony. Z prac Piotrowskiego i Engelmanna widzimy, że w 10% roztworze protargolu posiadamy środek, który działa bezwzględnie pewnie i nadaje się doskonale do użycia. Powołać się mogę tutaj na dwie prace Piotrowskiego, wykonane w moim oddziele, z których wynika, że udało nam się w 1030 po sobie następujących przypadkach uchronić noworodki, przed tem cierpieniem, że więc

mieliśmy 0% zakażeń spojówki. Jest to wynik pod każdym względem znakomity i lepszy od wyników, otrzymanych po użyciu jakiegokolwiek innego środka. Piotrowski zwrócił szczegółowo uwagę na objawy zadrażnienia, występujące po użyciu tego środka, wykazał, że są one tak minimalne, iż nie mogą wchodzić w rachubę, i słusznie wypowiedział twierdzenie, że nic nie stoi na przeszkodzie, ażeby środek ten dać do rąk położnym.

W znakomitych wynikach, otrzymanych po użyciu 10% protargolu, jest jeden szczegół uderzający: oto nie mieliśmy zapalenia ropnego oczu nietylko w pierwszych dniach po porodzie, ale nie widzieliśmy także tak zw. późnych zakażeń. Wiadomo, że zdaniem przeważnej liczby autorów zakażenie worka spojówkowego ma następować podczas porodu, lub bezpośrednio po porodzie, kiedy noworodek otwiera oczy. Zakażenia wtenczas nabyte mają się objawiać chorobą w pierwszych pięciu, lub jak niektórzy twierdzą, w pierwszych trzech dniach. Wszelkie późniejsze wystąpienie choroby dowodzić ma, zdaniem tych autorów, późniejszego zakażenia już w połogu przez przeniesienie zakaźnie działających odchodów połogowych do worka spojówkowego noworodka. Że takie późne zakażenie nastąpić może, — wątpić nie wolno; wszakżeż nietylko noworodek, ale i dorosłe osoby nabyć mogą w ten sposób ropnego zapalenia spojówki. Jeśli tak jest i jeśli wszelkie późne wystąpienie choroby dowodzić ma późnego zakażenia, wówczas zapobiegawcze zakroplenie protargolu bezpośrednio po porodzie nie może zmniejszyć liczby tych późnych zakażeń. Tymczasem widzimy, że dzięki 10% protargolowi zniknęły nie tylko wczesne, ale i późne zakażenia, z czego mamy prawo wyprowadzić wniosek, że jeśli nie wszystkie przypadki późnego rozpoczęcia się choroby (6—10 dnia), to przynajmniej ich większość jest następstwem zakażenia podczas porodu, a tylko okres wylęgania jest w tych przypadkach dłuższy. Dla poparcia tego zapatrywania dodam, że wskutek zupełnie niedostatecznych urządzeń w moim oddziele nie mogę niestety nic uczynić, ażeby późnemu zakażeniu zapobiedz; dzieci leżą w łóżku z matką, jest więc sposobności bardzo dużo do przeniesienia odchodów na spojówkę dziecka. Jeśli nadto uwzględnimy, że zdaniem Bumma ilość gonokoków w odchodach połogowych zwiększa się bardzo znacznie w pierwszych dniach połogu, to chyba dziwnem się wyda, że wystarczyło zapobiegawcze zakroplenie bezpośrednio po porodzie, ażeby usunąć pojawianie się tych późnych zakażeń.

To samo spostrzeżenie, które tu nastręczyło nam obserwowanie wyników po protargolu, widzieli i inni autorowie po użyciu innych środków zapobiegawczych; i tam późne zakażenia stawały się rzadszemi lub znikały. Obszernie zajmuje się tą sprawą H. Cohn. Zwracają na nią uwagę Koblanck, Kostlin, Glaeser i Ahlfeld. Ten ostatni zadaje sobie zupełnie usprawiedliwione pytanie, dlaczego te tak zw. późne zakażenie występują jednak w pierwszym tygodniu, a nie później n. p. w 3-cim lub 4-tym, kiedy matki zajmują się same dziećmi i mają najwięcej sposobności przeniesienia odchodów na spojówkę?

Wszystko to zmusza nas ostatecznie do przyjęcia, że okres wylęgania w tem cierpieniu trwać może rozmaicie długo i że choroba, występująca w pierwszych 7 dniach, jest najczęściej wynikiem zakażenia oka podczas porodu. Niezwykłej uprzejmości p. prof. Wicherkiewicza zawdzięczam statystykę przypadków ropnego zapalenia oka noworodków, leczonych w tutejszej klinice ocznej w ostatnich latach. W 54 przypadkach podany jest dzień rozpoczęcia choroby i tak: w pierwszych trzech dniach wystąpiło cierpienie u 23 noworodków, w następnych 4 dniach u 19 i to w 4-tym dniu u 6-ciu, w 5-tym dniu u 5-ciu, w 6-tym dniu u 4-ch, w 7-mym dniu u 4-ech. Począwszy od 8 dnia liczba ta spada nagle. Zestawienie to przemawia również za tem, że wszystkie przypadki, występujące w pierwszym tygodniu, są następstwem zakażenia podczas porodu, a dopiero w drugim zaczynają się pojawiać znacznie rzadsze przypadki, pochodzące z zakażenia podczas połogu. Przeciwko tym ostatnim, na szczęście nielicznym, nie pomoże naturalnie żadne zakraplanie zapobiegawcze; natomiast faktem jest, że tym najczęstszym przypadkom, zaczynającym się w pierwszym tygodniu, można napewno zapobiedz w sposób zupełnie pewny i zgoła nie niebezpieczny.

Nie ulega wątpliwości, że w dobrze prowadzonych zakładach położniczych sprawa zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek jest już dawno, bo od r. 1882, rozstrzygniętą. Pierwotna metoda Credégo daje bowiem tak dobre wyniki, że gdyby tylko o zakłady chodziło, nie wartoby było szukać innych środków. Tu jednak chodzi o co innego: tu chodzi o tę olbrzymią większość dzieci, rodzących się poza zakładami, które są w podwójnie złem położeniu: po pierwsze dlatego, że się nie czyni u nich nic, ażeby cierpieniu zapobiedz, a powtóre dlatego, że z chwilą wybuchu choroby nie znachodzą się one tak, jak dzieci urodzone w zakładzie, w opiece lekarskiej, przez co umiejętne leczenie zaczyna się zwykle za późno. Zestawienie przypadków klinicznych poucza, że na 51 chorych dzieci tylko 19 zaczęto leczyć w pierwszym tygodniu choroby, a tylko czworo w pierwszych dwóch dniach. Często zgłaszano się z dzieckiem dopiero po dwóch tygodniach, a w pięciu przypadkach po miesiącu. W jednym przypadku zasięgnięto porady lekarskiej dopiero w 3 miesiącu od rozpoczęcia choroby. Łatwo zrozumieć, że wobec takiej lekkomyślności, opartej o cały szereg zabobonów, powikłania ze strony rogówki wydarzać się muszą często. Na 56 przypadków klinicznych widziano je 18 razy, czyli w 32% przypadków. Jest to stosunek znacznie gorszy, niż to oblicza Schatz dla Wielkiego księstwa Mecklenburg-Schwerin, gdzie tylko 20% dzieci, cierpiących na ropne zapalenie spojówki, miało powikłanie ze strony rogówki. Jeśli przyjmiemy za Schatzem, że 7% dzieci chorych na obustronne ropne zapalenie spojówek traci wzrok, jeśli dalej uwzględnimy, że w 28 powiatach zachodniej Galicyi rodzi się rocznie około 100,000 dzieci, jeśli wreszcie przypuścimy, że podobnie jak w Mecklemburgu i w Szwajcaryi tylko 5‰ tych noworodków zapada na ropne zapalenie spojówek, to otrzymamy jednak pokaźną liczbę 35 ociemnień rocznie. Przyjąwszy, że połowa z tych dzieci umiera w pierwszych latach, — będziemy mieli jeszcze liczbę 17 ciemnych, którzy rokrocznie zasilać będą zastępy największych nędzarzy i najnieszczęśliwszych ludzi. Przekonany jestem, że liczba ta jest w rzeczywistości większa, nawet znacznie większa. We Wrocławiu było według obliczenia H. Cohna nie 5‰, ale 25‰ chorych na ropne zapalenie noworodków. Ale to wystarczy, żeby stwierdzić, że rząd i społeczeństwo, nie czyniące nic lub prawie nic, żeby temu nieszczęściu zapobiedz, obciążają sumienie swoje wielką odpowiedzialnością.

Zastanówmy się teraz, czy rzeczywiście nic zrobić nie można i czy to, co się robi, odpowiada celowi i wystarcza? Dla ułatwienia sobie odpowiedzi na te pytania podzielić musimy owe 100,000 rodzących na trzy kategorye:

1) Najliczniejsza kategorya, to te kobiety, które rodzą poza zakładem i bez pomocy akuszerek. Tych jest w zachodniej Galicyi, jak z zestawień Piotrowskiego wynika, 76%, czyli około 76,000.

2) Drugą kategoryę stanowią kobiety, które rodzą poza zakładem, ale pod opieką położnej. Tych jest około 22% czyli w Zachodniej Galicyi około 22,000.

3) Najmniej liczna kategorya, to te kobiety, które rodzą w zakładach. Stanowi ona mniej więcej 2% ogólnej sumy.

Otóż dla tej pierwszej najliczniejszej i jak łatwo zrozumieć najuboższej grupy kobiet nie uczyniło ani ustawodawstwo, ani społeczeństwo zgoła nic. Jeśli zważymy, że w tej sferze społecznej najwięcej jest przesądów i zabobonów, że właśnie w tej sferze wskutek tych przesądów grasują babki, to pojmiemy, że noworodki, chore na ropne zapalenie spojówek, dostają się bardzo późno, — często za późno pod opiekę lekarską. Tu więc najczętsze będzie nietylko zapalenie spojówek, ale także i ociemnienie.

Druga kategorya jest już w nieco lepszem położeniu; położne bowiem mają przepisy i jeśli się ich trzymają, mogą w niektórych przypadkach zapobiedz cierpieniu, w innych przyczynić się do wczesnego zasięgnięcia rady lekarskiej. Tu więc i choroba nie będzie tak częstą i ociemnienie rzadszem.

Trzecia kategorya, niestety bardzo nieliczna, zabezpieczona jest przed chorobą, a co za tem idzie przed ociemnieniem.

A teraz zachodzi pytanie, czy rząd i społeczeństwo mają prawo tolerować nadal ten stan rzeczy, i czy nie należy i nie można starać się o jego poprawę w pierwszej i drugiej kategoryi, t. j. tam, gdzie się dziś nie robi nic, względnie bardzo mało.

Rzecz napotyka na pewne trudności tam, gdzie chodzi o pierwszą grupę. Żadna ustawa dla położnych nie może tu naturalnie poprawić opłakanego stanu rzeczy, gdyż to są właśnie kobiety, które się obchodzą bez akuszerek. Tu trzeba zwrócić się bezpośrednio do tych matek, względnie ojców. Mamy w tym względzie przykłady, dające się u nas zastosować. Piotrowski podaje, że w Szwajcaryi wręczają broszurkę, pouczającą o niebezpieczeństwie tego cierpienia oczu — nowożeńcom. Nie sądzę, żeby to było praktycznem, gdyż normalnie upływa od ślubu do urodzenia się dziecka czas aż nadto długi, żeby treść takiej broszurki, chyba w dzień ślubu nieaktualnej, — doszczętnie zapomnieć, jeśli wogóle nowożeńcy ją przeczytają. Natomiast odpowiednim i praktycznym wydaje mi się sposób, proponowany przez niektórych autorów (Magnus), stósowany w Hawrze i na Śląsku pruskim. Tam wręcza się taką popularnie napisaną broszurkę osobie, zgłaszającej do urzędu, względnie parafii, urodzenie się dziecka, lub przynoszącej dziecko do chrztu. Zapewne możnaby zarzucić, że u nas za wielu jest jeszcze analfabetów, ażeby ten sposób mógł wpłynąć na poprawę stosunków. Nie sądzę, żeby tak było, gdyż 1) ilość analfabetów stale się zmniejsza, a 2) nawet człowiek, nie umiejący czytać, może się postarać o to, żeby mu rzecz tę kto inny przeczytał, n. p. dziecko szkolne lub sąsiad. Inna rzecz, że nie każdy po przeczytaniu broszurki zastosuje się do rad tam zawartych, ale bądź co bądź, tym sposobem możnaby przynajmniej coś niecoś osiągnąć i uczynić pierwszy krok na drodze, na którą wejść jest obowiązkiem. Napisanie takiej broszury i pokrycie jej kosztów nie powinno natrafiać na trudności w kraju, w którym naczelna władza sanitarna dowiodła przez zamianowanie okulisty inspektorem — doskonałego zrozumienia potrzeb ludności i troski o poprawę opłakanych stosunków. Nieporównanie łatwiej przedstawia się rzecz w drugiej kategoryi noworodków. Tam rząd przez zmianę ustawy dla położnych, zupełnie zdaniem mojem niedostatecznej, może znacznie poprawić stosunki. Ustawa ta, według mojego przekonania, powinna nakazywać położnym zakraplać obowiązkowo oczy każdego noworodka zaraz po porodzie 10%-rozczynem protargolu. Dzisiejsza ustawa z dnia 10 września 1897 poleca położnej w ustępie 22 „pamiętać o ochronie oczu noworodka, aby przy ich otwieraniu nie wcisnęły się żadne nieczystości pomiędzy powieki“ i dodaje, że akuszerka winna „zaraz po porodzie otoczenie oczu oczyścić w sposób przepisany, a podany w podręczniku“. Wreszcie w tymże ustępie mówi ustawa, że „szczególniejsza uwaga konieczna jest wówczas, jeżeli położna dostrzeże chorobliwy wypływ z części płciowych ciężarnej kobiety“. Ten dodatek osłabia naturalnie tamte przepisy, gdyż *per contradictionem* uznaje przypadki, w których niema takiego wypływu, za niezasługujące na szczególniejszą uwagę.

Przeglądając piśmiennictwo, zajmujące się sprawą przymusowego zakraplania Credégo, nabieramy przekonania, że ta ustawa austryacka jest wyrazem zapatrywań przeważnej liczby autorów. Prócz nielicznych, którzy domagali się ustawowego w tym względzie przymusu, wszyscy inni uważali przymus taki za niemożliwy. Do tych ostatnich należy cały szereg autorów, jak Abegg, Ammon, Bayer, Bröse, E. Cohn, Cramer, v. Erdberg, Fleischhauer, Felsenreich, Koblanck, Nebel, Olshausen, Schatz, Silex, Schröder, Steffen, Valenta, Zweifel i wielu innych, których prac nie miałem pod ręką. Zastanawiając się nad motywami, które skłoniły tych autorów do sprzeciwiania się przymusowi zakraplania, nabieramy przekonania, że prawie wszyscy mieli tu na myśli zakraplanie 2% rozczynem azotanu srebra (Credé), że więc powodowały nimi te same względy, którym dał wyraz Schröder w swojej wyżej przytoczonej opinii. Chodziło mu tu w pierwszym rzędzie o to, że azotan srebra jest środkiem zanadto drażniącym, ażeby można było narażać wszystkie dzieci na zapalny odczyn po użyciu tego środka. Tylko nieliczni, jak n. p. Bayer stają na innem stanowisku i uważają wszelki przymus w tym względzie za napad na osobistą wolność. To stanowisko nie jest, zdaniem mojem, słusznem, czego dowodzi, „*si licet parva componere magnis*“, przymusowe szczepienie ospy. Wprawdzie Nebel sprzeciwiając się ostro przymusowemu stosowaniu metody Credégo pisze „Und dabei kann nicht einmal als Milderungsgrund für diese Verurtheilung Unschuldiger etwa der Umstand angeführt werden, dass dadurch, wie bei der Schutzimpfung etwas für die Sicherung der Allgemeinheit geleistet würde;“ ale zdanie to pozbawione jest uzasadnienia. Owszem, ropne zapalenie oczu noworodka jest chorobą wielce zakaźną i jeśli nie w tym stopniu, jak w ospie, otoczenie takiego noworodka jest bądź co bądź na-

rażone na tę samą chorobę. Według Froebeliusa było w petersburskim zakładzie podrzutków w przeciągu 6 lat 2918 przypadków tej choroby u noworodków, a 345 u mamek!

Przepisy, zawarte w powyżej przytoczonym ustępie 22 ustawy dla położnych, nie są bynajmniej w stanie zastąpić takiego ustawowego przymusu. Ustawodawca wychodzi przedewszystkiem z fałszywego, a przynajmniej niczem niedowiedzionego założenia, że zakażenie oka następuje po urodzeniu się główki. Cały szereg przypadków dowodzi przeciwnie, że zakażenie nastąpić może już przed urodzeniem. W przypadkach Dubrisaya, Hirschberga, Blumera, Krukenberga, Feita i Kröniga dzieci przyszły na świat z już rozwiniętymi objawami cierpienia. Naturalnie w tych przypadkach poród trwał długo i okres wylęgania odbył się przed urodzeniem dziecka, podczas gdy w przeważnej liczbie przypadków znaczna część tego okresu wypada, z powodu krótkiego trwania porodu, na pierwsze dni połogu. Jeśli tak jest, to obmywanie powiek i otoczenia oczu wodą borową lub jakąkolwiek inną nie może żadną miarą zapobiedz cierpieniu. Sposób ten użytym być powinien obok zakroplenia 10% protargolu do worka spojówkowego.

Ustęp rozdziału 22, w którym mowa o „chorobliwym wypływie z części płciowych ciężarnej“ uważam również za nieodpowiedni, a nawet szkodliwy i to z dwóch przyczyn: raz dlatego, że kobieta może mieć „chorobliwy wypływ“, nie mający nic a nic do czynienia z rzeżączką i zgoła dla oka dziecka nieszkodliwy, a powtóre, że ciężarna może nie mieć żadnego wypływu, a przecież zakazić swój płód rzeżączką.

Każdy położnik zna przypadki silnych ropiastych upławów podczas ciąży u osób, które nie mają i nie miały nigdy rzeżączki i każdy położnik widział chyba w praktyce zapalenie rzeżączkowe oka noworodka, choć matka nie miała śladu upławów. Sam Credé sądząc, że tylko dzieci kobiet, które cierpią na upławy, są narażone na tę chorobę, zakraplał azotan srebra tylko u tych noworodków. Tymczasem zauważył, że i dzieci matek pozornie zdrowych zapadają na to samo cierpienie, ba, nawet 70 razy na 100 matki tych dzieci nie mają żadnych upławów. Leopold i Wessel udowodnili to spostrzeżenie badaniem bakteryologicznem, wykazali gonokoki w wydzielinie pochwy u kobiety, która nie miała upławów, a której dziecko dostało po porodzie zapalenia spojówek. Podobne badania robił Kroner i z całą stanowczością twierdzi, że fakt, iż kobieta ma lub nie ma upławów w ciąży, nie ma w rokowaniu dla dziecka najmniejszego znaczenia. Kroner badał sześć kobiet, których dzieci dostały ostrego ropnego zapalenia spojówek z licznymi gonokokami w wydzielinie. Kobiety te nie miały w ciąży ani śladu upławów. Na to samo zwraca uwagę Zweifel, dodając jeszcze, że matki noworodków, chorych na rzeżączkowe zapalenie spojówki, nie okazują „przeważnie“ śladu upławów. (meistens kein Ausfluss, keine Spur von dem, was man Tripper zu nennen pflegt, überhaupt keine Erkrankung nachzuweisen war). Dlaczego więc ustawa austryacka domaga się „szczególniejszej uwagi wówczas, jeżeli położna spostrzeże chorobliwy wypływ z części płciowych ciężarnej“, nie wiadomo.

W punkcie tym ustawa zdaje się skłaniać do stanowiska względnego przymusu (fakultativer Zwang), jakie zajmują niektórzy autorowie, i pozwala położnej wybierać między noworodkami, które uważa za narażone na zakażenie i takimi, które uważa za bezpieczne. Stanowisko to jest, jak z powyższych uwag wynika, z gruntu fałszywem, a przytem daje położnej sposobność do klasyfikowania kobiet na „zarażone“ i „niezarażone“, co, jak łatwo zrozumieć, pociągnąć może za sobą nieobliczalne przykrości. Łatwiej zresztą w wykładzie wytłómaczyć uczennicy, że pochwa każdej rodzącej jest na tyle nieczystą, że może spowodować zanieczyszczenia oka noworodka i zapalenie, niż wyjaśniać jej, że istnieje choroba zakaźna weneryczna, której istnienie lub brak u danej pacyentki może zresztą wykazać tylko bakteryologiczne badanie.

Tak więc ustawa dla położnych w ustępie, zajmującym się troską o oczy noworodka, nie odpowiada zgoła dzisiejszemu stanowi nauki i nie jest w stanie sprowadzić poprawy smutnego stanu rzeczy.

Zdaniem mojem § 22 ustawy dla położnych powinien brzmieć jak następuje:

„Już podczas porodu winna położna pamiętać o ochronie oczu noworodka, aby przy ich otwieraniu nie wcisnęły się żadne nieczystości pomiędzy powieki.

Ponieważ noworodki narażone są często na ciężkie zapalenie ropne oczu i to równie często takie, których matki nie okazują ani śladu chorobliwych upławów, przeto położna powinna jednakowo zwracać uwagę na oczy wszystkich noworodków.

Zaraz po urodzeniu winna położna otoczenie oczów u noworodka oczyścić kawałkiem waty, zamaczanej w 3% roztworze kwasu borowego, poczem po osuszeniu skóry powiek otworzyć palcami oko i puścić na rogówkę kilka kropli 10% roztworu protargolu“.

Akuszerkom gminnym i okręgowym powinne wydawać apteki protargol za receptą, podpisaną przez lekarza powiatowego, bezpłatnie; koszta tego leku powinien pokrywać rząd.

Obawy, które tu i ówdzie wypowiadano, że akuszerka 1) jest zanadto niezgrabna, żeby mogła należycie wykonać zakroplenie płynu do worka spojówkowego, 2) że ma ona za mało powagi i że wskutek tego publiczność nie pozwoli jej na takie manipulacye, — są tylko w części słuszne; na podstawie własnej obserwacyi stwierdzić mogę, że ogromna większość położnych doskonale da sobie radę z tym zabiegiem i przypuszczam, że opozycya ze strony rodziny nie będzie chyba częstą. Znam położne, które, idąc za moją radą, w każdym przypadku wpuszczają protargol do oczu noworodka — i nie spotkały się dotąd z opozycyą. Zresztą, tak tu, jak i w innych podobnych sytuacyach, *„per aspera itur ad astra“*. Popularna broszurka, o której wspomniałem, ułatwiłaby w wysokim stopniu położenie akuszerki i zmniejszyła opór rodziny.

Wiem, że dużo czasu minie i dużo wniknąć musi oświaty w społeczeństwo, zanim w tej sprawie staniemy u celu. Zrozumiałe są zabobony na punkcie leczenia w szerokich, przyrodniczo niewykształconych warstwach narodu, zrozumiałe, a więc i łatwe do wybaczenia.

Trudniej przyszłoby nam zrozumieć u władz, wydających ustawy i czuwających nad ich wykonaniem, wahanie się i brak decyzyi tam, gdzie chodzi o odwrócenie od setek i tysięcy ludzi największego nieszczęścia — ociemnienia.

II. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Nim przystąpię do skreślenia zaburzeń mowy, spostrzeganych w chorobach usznych, zamierzam przedstawić i wyjaśnić istotę afazyi wogóle, jej postacie, sposoby powstania i różne obecnie panujące w nauce poglądy na zaburzenia mowy.

WSTĘP.

Zaburzenia mowy, towarzyszące różnym chorobom nerwowym, organicznym i czynnościowym, oraz występujące w ich następstwie, znane były już oddawna i były często przedmiotem badań licznych autorów i różnych czasów. Atoli dopiero poszukiwania i prace ostatnich dziesiątków lat nadały nauce o zboczeniach mowy właściwy kierunek i wprowadziły ją na tory doświadczeń anatomów patologicznych i spostrzeżeń klinicznych.

Zboczenia mowy pod względem postaciowym, przyczynowym i umiejscowienia są tak różnorodne i przybierają nieraz pozory tak zawiłe, że dla zoryentowania się i łatwiejszego przeglądu odczuwano oddawna potrzebę ich rozklasyfikowania. Wprawdzie lekarze starożytni: Hippokrates, Galenus, Plinius mówią o utracie mowy w chorobach i zranieniach; pomimo tego jeszcze lekarze 17-go i początku 18-go wieku podciągali wszystkie postacie niemoty pod miano niemoty *(alalia)* i bezgłosu *(aphonia)*, które dopiero znacznie później powiodło się im rozróżniczkować. Podziałów dawniejszych (Frank, Sauvage, Klencke i inni w XVIII w., amerykański lekarz Rush w roku 1812), niepopartych dowodami anatomicznymi i fizyologicznymi, ani znajomością lokalizacyi mózgu, możemy obecnie nie uwzględniać, gdyż były zbyt niedokładne i polegały raczej na umysłowej spekulacyi.

Dopiero rozwój nauk przyrodniczych, pogłębienie psychofizyologii mowy i gruntowniejsze poznanie anatomii mózgu, rzucając nowe światło na funkcyę mowy wogóle, umożebniły dokładniejsze jej zrozumienie i określenie.

Cofając się wstecz do historyi rozwoju ludzkości, widzimy, że najstarożytniejsi ludzie zawsze porozumiewali się ze sobą zapomocą pewnych znaków, które w miarę postępu i rozwoju nabierały coraz doskonalszego wyrazu. Migi, głos i pismo stanowią trzy etapy w rozwoju ludzkiego porozumiewania się. Niezdolność wykonywania i rozumienia tych znaków, zapomocą których człowiek udziela drugiemu swoich wyobrażeń i uczuć, nazywano *asymbolia*. Kussmaul proponuje na to miano *asemia* i odróżnia: *as. expressiva*, t. j. niezdolność wyrażenia i *as. perceptiva*, t. j. niezdolność zrozumienia myśli, udzielanej zapomocą znaków, dalej *as. verbalis, graphica* i *mimica*, zależnie od rodzaju znaków.

Filozof i lingwista Steinthal rozróżnia trzy akty w mowie, mianowicie: 1) przygotowanie mowy w umyśle, 2) mowę wewnętrzną i 3) tworzenie się słów zewnętrznych, czyli wyrazów. Do mowy potrzeba zatem najprzód myśli i popędu uczuciowego do jej wyrażenia, poczem dobieramy słów potrzebnych, utrwalonych w pamięci i nareszcie wprawiamy w ruch przyrządy odruchowe mowy. Stosownie do tego dzieli Kussmaul wszystkie zaburzenia mowy na dwie gromady:

1) *Lalopathiae*, polegające na wadliwości czysto formalnego wyrażenia myśli w głoskach, zgłoskach, słowach i zdaniach. Tu należą: a) zaburzenia artykulacyjne, bądź pochodzenia ośrodkowego *(dysarthria)*, bądź też mechanicznego, polegającego na brakach i zmianach w obwodowych narządach mowy i ich nn. ruchowych *(dyslalia)* i b) zaburzenia mowy wewnętrznej, aktu zmysłowo-umysłowego, który łączy słowo, jako znak zmysłowy z wyobrażeniem i układa je według pewnych prawideł, gramatycznie i syntaktycznie dla wyrażenia myśli *(dysphasiae)*. Myśl wadliwą można wyrazić w formie nienagannej, i odwrotnie — zupełnie logiczne myśli mogą być wyrażone błędnie i niepoprawnie.

2) *Dyslogiae, logopathiae* albo *logoneuroses*, jeżeli sposób myślenia jest zakłócony, wadliwy.

Ołtuszewski, poddając krytyce ten podział, wykazuje, że nie daje się on zastosować do patologii mowy, jakkolwiek jest słuszny pod względem psychologicznym. Racyonalniejszym i logiczniejszym, aczkolwiek również nie wolnym od zarzutów, jest na razie podział podany przez Ołtuszewskiego, oparty na zasadzie lokalizacyi zmian chorobowych, będących przyczyną zakłócenia mowy. Ołtuszewski rozróżnia:

1) Zaburzenia mowy, zależne od zmian anatomicznych lub czynnościowych narządu korowego mowy przy nienaruszonej inteligencyi, jako afazye lub dysfazye. Tu zalicza: niemowność pochodzenia korowego, przeważną część przypadków bełkotania, ewentualnie, wadliwego wymawiania u dzieci, u starszych plątanie sylab w porażeniu postępującem, niektóre przypadki mowy nosowej, jąkanie i trzepotanie.

2) Zboczenia mowy, wskutek zmian znachodzących się niżej kory mózgowej, a zatem w białej istocie podkorowej, w ośrodkach opuszkowych, w mięśniach i nn. obwodowych i w narządach artykulacyjnych, jako zboczenia w artykulacyi mowy *(anarthriae* i *dysarthriae)*. Tu zalicza: niemowność pochodzenia podkorowego, jak bełkotanie u dorosłych w porażeniu opuszkowem, w wylewach krwawych do rdzenia przedłużonego lub jego ucisku, przy wyroślach gruczołowatych we wczesnych okresach dzieciństwa, oraz w częściowem zajęciu ucha środkowego lub błędnika; dalej mowę nosową, zależną od rozszczepu podniebienia twardego i miękkiego, wadliwe wymawianie, spowodowane zmianami anatomicznemi w samym narządzie artykulacyjnym, jak guzy języka, nieprawidłowa budowa szczęk i t. p.

3) Wreszcie *dyslogiae*, t. j. zboczenia mowy, zależne od nieprawidłowego wątku myśli, od zaburzeń psychicznych u obłąkanych, głuptasów, idyotów i t. p.

Pomijając zatem choroby umysłowe, widzimy w podziale zaburzeń mowy dwa główne obozy autorów: jedni teoretycy z Kussmaulem na czele odróżniają *anarthriae*, jako zaburzenia artykulacyi, od niemowności (afazyi), zaburzeń wysłowienia, skojarzenia wyobrażenia z wyrazem, niezależnie od siedziby choroby. Drudzy — klinicyści (Ołtuszewski, Ziehen i in.), zaliczają do afazyi tylko te zaburzenia mowy, które mają siedzibę w korze mózgowej; wszystkie zaś inne, polegające na prawidłowej czynności narządów i mm. artykulacyjnych, na uszkodzeniu jąder i włókien nerwowych ni-

żej kory mózgowej — do zboczeń w artykulacyi mowy *(anarthria)*.

W niniejszej rozprawie mamy na oku przedewszystkiem zaburzenia, mające siedzibę w korze mózgu, a więc przedewszystkiem afazye. *„Aphasia“*, jest wyrazem, stworzonym przez Trousseau, na propozycyę uczonego greka Krysaphisa od *α privativum* i φάσις = mowa. Odróżniamy 2 główne typy afazyi.

1) Typ ruchowy, odśrodkowy, stanowi niemożność wyrażenia myśli i pojęć, niezdolność przyoblekania ustnie lub piśmiennie wyobrażeń w właściwe słowa, przy utrzymanej inteligencyi, rozumieniu mowy i pisma i przy dobrej czynności ruchowej narządu artykulacyjnego. Wiersz Mephistofelesa: „Wo Begriffe fehlen, stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein“ jest odwrócony. Pojęcie o przedmiocie, jego stosunkach i własnościach, jest prawidłowe, niemniej utrzymana jest czynność ruchowa narządu mowy, t. j. języka, warg, krtani i t. d.; nawet zgłoski dają się czasem wytworzyć, a przecież słowa, odpowiadającego pewnemu pojęciu, nie sposób wymówić. Czasem taki chory jest w stanie wypowiadać niektóre słowa, krótkie zdania bez związku, które może wypowiedział w ostatniej chwili przed porażeniem i które przeto zostały mu jeszcze w pamięci. Powtarza on je ciągle, niemi odpowiada na każde pytanie, bo jedynie niemi tylko rozporządza, mimo że pytanie z jednej strony i niedorzeczność swojej odpowiedzi z drugiej, doskonale rozumie. Czasem chory mówi, używając innych wyrazów, fałszywych zgłosek i słów, nie odpowiadających jego wyobrażeniom i myślom. Ta postać zboczeń mowy nazywa się afazyą ruchową, afazyą Broca, afazyą ataktyczną (Kussmaul), afazyą ekspresyjną, albo odśrodkową, gdy polega na przerwaniu drogi odśrodkowej, ekspresyjnej drogi, służącej od pojęcia do słowa.

2) Drugi główny typ afazyi stanowi niemożność percepcyi wyrazu słyszanego lub pisanego przy utrzymanej inteligencyi i dobrym słuchu. Chory taki słyszy zresztą dobrze, czasem mówi także nie źle, ale nie jest w stanie połączyć słyszanego wyrazu z odpowiedniem wyobrażeniem, jak gdyby słyszał obcy, nieznany mu język. Tę formę nazywano afazyą sensoryczną (Wernicke), afazyą czuciową, afazyą wyrazową (Ołtuszewski), głuchotą duchową *(Seelentaubheit, Worttaubheit.* Kussmaul). Tu przerwana jest droga odbierania wrażeń, percepcyjna, dośrodkowa, t. j. od słowa do pojęcia. Droga odbierania wrażeń może być nienaruszoną i prawidłowo czynną bez drogi ekspresyjnej, t. j. ktoś może wszystko rozumieć co słyszy i być przytem niemym, lecz nie odwrotnie, gdyż w zwykłych warunkach może tylko ten uczyć się mówić i pisać, kto słyszy i widzi; bez słuchu i wzroku zaś mowa i pismo nie mogą być całkiem prawidłowe.

W skład gromady afazyi wchodzi aleksya, t. j. utrata możności czytania przy utrzymaniu zdolności widzenia i agrafia, t. j. utrata możności pisania przy nienaruszonej ruchomości ręki.

Przy roztrząsaniu spraw afatycznych idzie przedewszystkiem o rozwiązanie i wyjaśnienie trzech nas obchodzących zagadnień: I. W jaki sposób afazya powstaje? II. Jakie są jej objawy, oraz typowe i atypowe postacie? III. Gdzie leżą wywołujące je zmiany? Oto główne nas obchodzące pytania, na które mamy dać odpowiedź.

I.

Pierwsze pytanie najlepiej można rozwiązać, jeżeli sobie przedstawimy, w jaki sposób mowa fizyologiczna powstaje i jakiemi drogami się odbywa. Otóż dla mowy mamy narząd zawikłany, składający się ze zwojów i dróg nerwowych, zajmujący po części najwyższe organa inteligencyi i woli, po części narządy odruchowe w mózgu. Wszystkie te ośrodki, komórki zwojowe i włókna nerwowe zostają dopiero przez ćwiczenie, wychowanie i naukę ze sobą skojarzone i wprawione do służenia mowie. Dopiero przez mówienie wytwarzamy i udoskonalamy ośrodkowy narząd mowy. Podobnie jak mięśnie i stawy, ośrodki mózgowe podlegają także wpływowi ćwiczeń. Związek, który przez ćwiczenie narządów ośrodkowych powstaje między ogniskami uczucia, wyobrażenia i ruchu nazywamy „przyzwyczajeniem“. Jeżeli pewien ruch schodzi się często z pewnem uczuciem albo wyobrażeniem, to powstaje między nimi takie połączenie ścisłe, że później mocą przyzwyczajenia to samo uczucie lub wyobrażenie pociąga za sobą już mimowoli i bezwiednie ten ruch. Wynaleźć drogi i sposoby, którymi ruchy potrzebne dla mowy się rozwijają i później się odbywają — jest zadaniem fizyologii mowy.

Pierwsze ruchy, służące mowie, polegają na czynności psychicznej, wynikłej z wrodzonej zdolności tworzenia znaków i symbolów w celu porozumienia się, *facultas signatrix* Kanta. Takich znaków jest trzy rodzaje: migi, głos i pismo, które przedstawiają trzy okresy w rozwoju ośrodka porozumienia się ludzi między sobą. Rozwój głosu, a raczej mowy, uskutecznia się u każdego dziecka w sposób podobny, jak w dziejach rozwoju ludzkości wogóle, t. j. znów przez trzy fazy. W pierwszym okresie mowa występuje jako *interjectio,* t. j. wykrzykniki, będące wyrazem poczucia ogólnego i odruchowego popędu mięśniowego, podobnie jak u dzieci powstają ruchy kończyn. Drugi okres polega na tak zw. *onomatopoesis,* t. j. na popędzie naśladowania wrażeń słuchowych, dźwięków doznanych w naturze, jak plusk deszczu, szmer strumyka, świst wiatru, albo głosu zwierząt, np. szczekania psów, rzechotania żab i nareszcie głosu i mowy człowieka. — *Facultas signatrix* istnieje także u zwierząt; nie dochodzi tu jednak do wytworzenia słów, z powodu szczątkowego rozwoju ich pierwiastku intelektualnego i braku potrzebnego do tego zmysłu i popędu duchowego. Dzieci natomiast są od urodzenia obdarzone tym zmysłem i popędem i naśladując nieświadomie, zaczynają mówić. Wyjątkowo widzimy tę zdolność u zwierząt, jak np. u papugi. Naśladowanie to polega zatem na odruchu, odbywającym się za pośrednictwem narządu słuchowego, według doświadczeń Vulpiana w rdzeniu przedłużonym, jak zaś wykazały doświadczenia Danilewsky'ego — w mózgowiu. Trzeci nareszcie stopień rozwoju mowy stanowi zdolność samodzielnej mowy, wyrażania myśli w słowach. (C. d. n.).

III. Wyciągi.

Breuer (Wiedeń). **Leczenie, oraz patogeneza dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39, 40 i 41, 1902). W sprawie patogenezy prawdziwej dusznicy bolesnej, łącznie z jej dwoma głównymi objawami (silnym zazwyczaj podmostkowym bólem, rozpromieniającym się ku kończynom, a czasami i łopatkom i uczuciem śmiertelnej trwogi, gwał-

townej ciężkości na piersiach), zajmuje autor podobne stanowisko jak Potain, Huchard i inni, mianowicie, że w takich przypadkach następuje nagły brak krwi (*ischaemia*) w sercu. Prawdziwa dusznica bolesna rozwija się zawsze skutkiem zwapnienia tętnic wieńcowych lub ich ujść; — napad występuje wówczas, jeżeli mięsień sercowy zmuszony jest do większej pracy, lub jeśli parcie tętnicze jest z jakiegokolwiek powodu podwyższone, n. p. po większych wysiłkach fizycznych, po obfitem jedzeniu, spaniu w położeniu poziomem itd.

Już w r. 1895 stosował Askenazy w podobnych przypadkach diuretynę z pomyślnym wynikiem i ogłosił też pracę, która zachęciła autora do podawania tego przetworu w dychawicy sercowej (*asthma cardiacum*) i prawdziwej dusznicy bolesnej: Breuer jest tak rozentuzyazmowany wynikiem takiego lekowania, że je zalicza do najświetniejszych zdobyczy ostatnich czasów Oczywista rzecz, że teobromina nie znajduje zastosowania podczas samego napadu, lecz w międzyczasie, jako środek zapobiegawczy przed dalszymi napadami. We wszystkich przez autora przytoczonych przypadkach napady występowały pod wpływem diuretyny rzadziej i to z widocznie mniejszem nasileniem, — czasami nawet zupełnie znikały. Środek ten działa tylko tak długo, jak długo bywa podawanym; — atoli może być stosowanym przez całe tygodnie. Najczęściej używano diuretyny (*theobrominum natrio-salicylicum*) w rozczynie wodnym z dodatkiem wody miętowej, lub też w proszkach po 0·50 na dawkę; dzienna dawka wynosiła zazwyczaj od 3 do 3·50 grm., przyczem wskazanem jest, by tę dawkę równomiernie rozdzielić na 24 godzin, aby chory, — jeśli tego zachodzi potrzeba, — i w nocy mógł zażywać. Stosowano także *theobrominum natrio-benzoicum*, *theobrominum lithium salicylicum*, a w ostatnich czasach i *theobrominum natrio-aceticum* 2 do 2·50 grm. dziennie, lub czystą teobrominę w ilości 1·50 do 2 grm. dziennie. Skoro ilość napadów się zmniejsza, można dawkę stopniowo zmniejszyć. Oprócz dusznicy bolesnej skutkiem miażdżycy tętnic wieńcowych, wad zastawkowych w tętnicy głównej, tętniaków, nadużycia tytoniu i t. d. nadają się do opisanego leczenia i te przypadki dusznicy, które objawiają się w postaci kurczów żołądkowych, gwałtownych bólów brzucha, a uważanych przez autora również jako następstwo zwapnienia aorty brzusznej, lub jej gałązek (Nothnagel).

Działanie teobrominy wyjaśnia Breuer w ten sposób, że uważa ją jako środek działający wprost na naczynia i to nie w pojęciu jak azotan amylowy, który natychmiast działa rozszerzająco na poszczególne naczynia, lecz zmniejszając nadmierną pobudliwość naczyń miażdżycowo zmienionych, zapobiega w ten sposób wystąpieniu napadów; możliwą jest także rzeczą, że obniża parcie krwi. W końcu zaznaczyć należy, że i Nothnagel także znakomite otrzymał wyniki w odnośnych przypadkach po zastosowaniu diuretyny.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze).

Cybulski (Görbersdorf). **Przyczynek do rozpoznania jam gruźliczych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 44, 1902). Oprócz dotychczasowych metod, służących do wykazania jam gruźliczych, proponuje autor nowy sposób, który go prawie zawsze doprowadził do celu. Badający zbliża swoje ucho do szeroko rozwartych ust chorego, przyczem ten ostatni o ile możności głęboko oddycha. Słychać wówczas znamienne rzężenia, które są typowe dla jam gruźliczych; — osłuchiwanie płuc, dokonane zwykłym sposobem, stwierdza tesame objawy. Rzężenia w ten sposób słyszalne odróżniają się swoim charakterystycznym dźwiękiem, niemniej swojem umiejcowieniem od rzężeń, powstających w tchawicy. Dokładnie można rozpoznać, że pochodzą z głębi płuc, a rzężenia drobnobańkowe wskazują na pochodzenie z cienkich gałązek oskrzelowych.

Dr. Pisek (Podgórze).

Bezançon i Labbé. **O leukocytozie w chorobach zakaźnych.** (*Presse médicale* 1902, Nr. 90). Większości chorób zakaźnych towarzyszy hiperleukocytoza; spostrzegano aż do 115.000 leukocytów w 1 mm³. Leukocytoza może dotyczyć przeważnie ciałek wielojądrzastych i wtedy mamy polynukleozę, lub jednojądrzastych, a wówczas mamy do czynienia z mononukleozą. Hiperleukocytozę wielojądrzastą spostrzegamy przeważnie w zapaleniach miejscowych, w ropówkach, w ostrem ropieniu miąższowem lub w błonach surowiczych, oraz w ostrych stanach zapalnych, połączonych z miejscowym obfitym wysiękiem włóknika i znacznem przepacaniem (diapedezą) ciałek białych, jakoto: w róży, zapaleniu płuc, rzeżączce, w nieżytach gardła, ostrym gośćcu stawowym, podobnież w błonicy, posocznicy i t. p. Hiperleukocytoza jednojądrzasta pojawia się w niektórych swoistych chorobach ostrych, jak w zapaleniu gruczołu przyusznego i krztuścu; przeważnie jednak napotykamy ją w pewnych okresach chorób przewlekłych, np. przymiotu i gruźlicy. Także w ospie i ospicy, o ile leukocytoza bywa, pojawia się w takim razie w postaci mononukleozy. Stany durzycowe, durzyca i zimnica cechują się zmniejszoną liczbą ciałek białych, to jest hipoleukocytozą, czyli leukopenią z względną przewagą ciałek jednojądrzastych. Odra zbliża się do tego typu. Przy leukopenii liczba ciałek białych może się zmniejszyć do 2000 lub 1000 w 1mm³.

W chorobach z hiperleukocytozą wielojądrzastą objaw ten idzie w parze z przebiegiem choroby i zwykle z nastaniem zdrowienia, a względnie z ustaniem gorączki, powraca fizyologiczna równowaga pierwiastków krwi. W chorobach z mononukleozą bez względu na to, czy istnieje leukocytoza, czy też jej brak, krzywa ciałek białych nie idzie w parze z krzywą gorączki; stanowi zdrowienia po tych chorobach towarzyszy odwrotnie wzmożenie się mononukleozy, oraz pojawienie się postaci przejściowych. Stałym objawem, cechującym zarówno choroby przebiegające z polynukleozą, jakoteż z mononukleozą, jest ponowne pojawianie się i to nawet w znacznej liczbie ciałek eozynochłonnych, które zniknęły podczas choroby tak, że eozynofilię można uważać wprost za objaw zdrowienia w chorobach zakaźnych.

Każda choroba zakaźna z osobna nie posiada specyalnej sobie właściwej formy stanu leukocytów. Formuła ta ma tylko znaczenie pomocnicze, oryentacyjne. Tak n. p. u gorączkującego z stanem durzycowym stwierdzenie hiperleukocytozy z polynukleozą zwróci naszą myśl ku postaci durzycowej zapalenia płuc, lub posocznicy. W tychsamych warunkach leukopenia z mononukleozą przemawiać będzie za durem, lub zimnicą. Badanie krwi w gorączce przepuszczającej pozwoli nam odróżnić zimnicę od zakażenia żółciowego, moczowego lub głębokiego ropienia. W chirurgii hiperleukocytoza z polynukleozą może przyczynić się do rozpoznania zapalenia ślepej kiszki w odróżnieniu od krwisteku zamacicznego. W gorączkach osutkowych może posłużyć do oryentacyi fakt, że na płonicę wskazuje hiperleukocytoza z wybitną polynukleozą, ospę cechuje wybitna mononukleoza i pojawienie się we krwi myelocytów, a w odrze stosunek wzajemny ciałek białych bardzo nieznacznie tylko się zmienia.

Podobnie jak w stanie fizyologicznym, istnieje średnia równowaga leukocytów we krwi w stanach patologicznych, niezmienna, określona dla każdego stanu chorobowego. Każde zboczenie od tej przeciętnej w jednym lub drugim kierunku wskazuje na ciężkość postaci chorobowej. Leukopenia jest znakiem ciężkiego stanu i wyrazem niedostatecznego oddziaływania narządów krwiotwórczych; średnia leukocytoza wskazuje na to, że ustrój się broni; hiperleukocytoza z polynukleozą jest znamieniem uporczywego i silnego zakażenia i wytężonych wysiłków obronnych ustroju.

Stan leukocytów jest w związku także z jakością jadu i ze stanem odporności zajętego terenu. Jest on wyrazem odczynów miejscowych, wynikłych z zetknięcia się z drobnoustrojami, oraz odczynów wtórnych, powstałych w narządach krwiotwórczych. Leukocytozy wielojądrzastej używa ustrój w przypadkach nagłych ostrego zakażenia w celu koniecznej obrony. Jest ona dostatecznem odparciem w lekkich zakażeniach, przy małej jadowitości zarazków; atoli nie wystarcza w walce z silnem zakażeniem. W tych ciężkich przypadkach posługuje się ustrój leukocytozą jednojądrzastą. Dlatego też zakażeniom z polynukleozą, jako tylko przejściowym i powierzchownym odczynom, towarzyszy tylko przejściowa odporność ustroju, podczas gdy zakażenia z mononukleozą pozostawiają po sobie trwałą odporność ustroju przeciw dalszym zakażeniom. *Dr. M. Blassberg.*

P. Ruitinga. (Amsterdam). **Serodyagnostyka gruźlicy.** (*Zeitschrift für Tuberculose.* Tom III, Zeszyt 6, 1902). Po krytycznem zestawieniu wyników, które różni badacze otrzymali w sprawie rozpoznawania gruźlicy na podstawie aglutynacyjnych własności surowicy, opisuje autor własne doświadczenia, dokonane na ludziach i bydle rogatem. Wyniki tych doświadczeń są tak chaotyczne i tak dalekie od wyników Arloinga i Courmonta, twórców serodyagnostyki gruźlicy, że metodę tę uważać należy przynajmniej na razie za pozbawioną wszelkiej wartości. Autor badania swe podzielił na kilka grup: w pierwszej badał chorych przychodnich, u których klinicznie gruźlicy stwierdzić nie można: w drugiej — chorych gruźliczych, w trzeciej — dotkniętych wilkiem, w czwartej wreszcie — dotkniętych gruźlicą t. zw. chirurgiczną. Wszędzie wyniki pomieszane, różne w jednakich warunkach tak, że żadnej reguły, żadnego wniosku wypowiedzieć nie można. N. p. z pośród 20 badanych w pierwszej grupie u 11 wynik był dodatni, u 9 ujemny. Sądząc z tego metoda Arloinga byłaby bezużyteczną, gdyby nie dane anatomopatologiczne, czyniące bardzo wątpliwem przypuszczenie, że z owych 11-tu chorych żaden nie jest dotknięty gruźlicą, jakkolwiek klinicznie jej nie wykazano. Idąc za zdaniem Arloinga, możnaby przypuścić, że surowica ludzi gruźliczych przez długi czas po wyleczeniu zachowuje swe aglutynacyjne własności, ale znów wobec tego próba aglutynacyjna traci swą wartość, gdyż nie daje odpowiedzi, czy obecny stan chorego jest wynikiem istniejącej, czy też już leczonej gruźlicy. Można też i inaczej tłómaczyć dodatnie wyniki

próby u niegruźliczych, mianowicie, że surowica nabiera aglutynacyjnych własności względem prątków Kocha nietylko z powodu zakażenia gruźliczego, lecz i z innych jakichś przyczyn, że więc prócz swoistych „aglutynin“ mogą krążyć we krwi i nieswoiste. Wiadomo np. że pewne przetwory chemiczne (alkohol, formalina, sublimat, safranina, wezuwina i t. d.) powodują aglutynacyę prątków durowych. Omawiana metoda mogłaby mieć pewne znaczenie, gdyby chociaż znanymi nam były warunki, w których próba daje wynik ujemny mimo istniejącej gruźlicy. Niestety tak nie jest: Arloing i Courmont chcieli tłómaczyć ujemne wyniki w niewątpliwie istniejącej gruźlicy szybkim przebiegiem choroby, lub jej dalekiem posunięciem; badania jednak autora tłómaczenie to obalają. W przypadkach wilka i gruźlicy chirurgicznej wyniki badań również stwierdzają bezużyteczność metody Arloinga. *Z. Czaplicki.*

R. Link (Freiburg). **Leczenie jednostronnego nacieku szczytowego zapomocą ułożenia chorego.** (*Zeitschrift für Tubercul.* III, 6, 1902). Wiadomo, że ludzie z wadami sercowemi lub ze skrzywieniami kręgosłupa, a więc ze stałym zastojem w płucach, rzadziej podlegają gruźlicy, przytem gruźlica u nich ma widoczniejszą skłonność do zabliźniania się. Biorąc powyższy fakt za punkt wyjścia, autor proponuje leczyć jednostronne nacieki szczytowe zapomocą sztucznie wytworzonego zastoju w chorem płucu przez kilkogodzinne leżenie na stronie chorej: siła ciężkości ma tu być głównym czynnikiem. O ile stałe ułożenie na chorą stronę nie wpływa drażniąco na kaszel, to metodę tę da się stosować z łatwością, a ma ona jeszcze tę zaletę, że zapewnia względny spokój choremu płucu, o czem można się przekonać przez osłuchiwanie chorego, leżącego na boku; szmery oddechowe są wtedy cichsze, niż po stronie drugiej. *Z. Czaplicki.*

Leiser. **Przewodnictwo dźwięków przez powietrze, a przez kość.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 55, 1902). Ogólnie znaną jest z fizyki zasada, że przedmioty twarde lepiej przewodzą dźwięk, niż powietrze. Taksamo rzecz musi się mieć i z narządem słuchu: i tutaj dźwięk przez kość łatwiej się przewodzi, niż przez powietrze. Ogólnie używane wyrażenie, że przez kość słyszy się gorzej, niż przez powietrze, polega na nieścisłości wyrażania się.

L. przekonał się, że przy ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych ucha środkowego strojnik słyszalny bywa lepiej uchem chorem od strony nietylko ciemienia, ale z innych miejsc: np. łokieć, rzepka, wyrostki kolczaste kręgów, mostek i inne miejsca mniej pokryte miąższem. Zjawisko to L. objaśnia sobie w ten sposób, że w sprawach zapalnych ucha środkowego podrażniony jest jednocześnie narząd Cortiego i wskutek tego jest niejako czulszy na dźwięk. Zjawisko, że strojnik od strony ciemienia słyszy się lepiej tem uchem, które jest zatkane palcem, objaśnia sobie L. tem, że zwiększa się współdźwięk. *Dr. Teofil Zalewski.*

Grunert. **Przyczynek do nauki o pojawianiu się cukru w moczu w przebiegu zapalenia ucha.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 55, 1902). W piśmiennictwie istnieją o tym przedmiocie tylko bardzo niedokładne i pojedyncze wiadomości. Körner, Macewen wspominają o pojawianiu się cukru w moczu w przebiegu powikłań mózgowych pochodzenia usznego. Ulrich i Truckenbrod podają po jednym przypadku, kazuistyka ta jednak jest mało przekonywująca. Trzy lata temu spostrzegano w klinice usznej w Halli przypadek, w przebiegu którego ropienie uszne wikłało się zmianami w czaszce; pojawił się cukier w moczu; przypadek ten jednak był niedokładnie obserwowany. G. podaje dwa odpowiednie przypadki. spostrzegane w klinice usznej w Halli. W jednym przypadku (*Otitis med .sup. chr.*) wykonano atyko-antrotomię, odsłonięto oponę twardą i nacięto ją z powodu znacznego jej napięcia: odpłynęła znaczna ilość cieczy przeźroczystej. Cukier zaraz po operacyi znikł z moczu. Chory wyzdrowiał. W drugim przypadku (*Otitis med. sup. ac.*) wykonano trepanacyę, przyczem otworzono ropień około zatoki poprzecznej. Cukier znikł na trzeci dzień po operacyi. Chory wyzdrowiał.

U obydwóch chorych po przybyciu do kliniki nie znaleziono cukru w moczu: dopiero w czasie pobytu w klinice w jednym i w drugim przypadku pojawił się cukier. G. wstrzymuje się od tłómaczenia przyczyn pojawiania się cukru w moczu w tych przypadkach, przypuszcza jednak, że tutaj wchodzą w grę te same czynniki, jak i w innych przypadkach. Znany jest także przypadek Bacona, w którym w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego pojawił się przemijający cukromocz. *Dr. Teofil Zalewski.*

Judson Bury. **Dwa przypadki drżączki poraźnej w tejsamej rodzinie: polepszenie pod wpływem hyoscyny.** (*The Lancet*, 19 kwietnia 1902). Praca ta jest zajmująca głównie z następujących względów: typowe objawy drżączki poraźnej wystąpiły u rodzonych brata i siostry; choroba rozpoczęła się w stosunkowo wczesnym wieku: wreszcie nastało wyraźne polepszenie po leczeniu hyoscyną. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły w postaci osłabienia nóg i skłonności do upadania na twarz; brat liczył wtenczas 35 lat życia, a siostra 18. Wywiady nie wykazały, ażeby tu zadziałał przestrach, uraz, lub jakakolwiek choroba. Za jedyny czynnik przyczynowy można było przyjąć warunki zajęcia: oboje pracowali w fabryce tkackiej, brat musiał często wychodzić z bardzo gorącego pokoju na zimno, a siostra ciągle dotykała rękami wilgotnej i chłodnej przędzy. Z historyi tej rodziny zaznaczyć należy, że według słów chorych dwie ich siostry cierpiały również na drżączkę poraźną: jednak tego ważnego szczegółu stwierdzić nie udało się. Siostry pomarły w wieku lat 16 i 25. U obojga omawianych chorych obraz drżączki poraźnej był zupełnie typowy. Chorzy byli w zakładzie dwa razy: pierwszy raz 11 tygodni, drugi raz po roku i 5 tygodni. Leczenie za każdym razem polegało na mięsieniu i podawaniu hyoscyny.

Lek ten z początku zastrzykiwano podskórnie (od 0,00024 do 0,0005 raz dziennie); wobec tego, że od większych dawek wystąpiły nudności, suchość w ustach i zawroty głowy, trzeba było zaprzestać wstrzykiwań. Potem B. podawał hyoscynę wewnątrz według przepisu Williamsona, który polega na tem, że rozpuszcza się 0,0075 *hyoscini hydrobromati* w 180,0 wody chloroformowej; z początku daje się dwie łyżeczki od kawy dziennie, potem trzy, cztery do pięciu. W razie potrzeby można podnieść dawkę do sześciu łyżeczek dziennie (0,001 hyoscyny), o ile nie występują objawy zatrucia. Hyoscynę najlepiej podawać rano natychmiast po śniadaniu i wieczorem przed samym snem, jeżeli chory cierpi na niepokój i bezsenność. W przypadkach B. chorzy doszli do 0,000625 hyoscyny i pod wpływem tego leczenia nastąpiło wyraźne polepszenie: niepokój, nawał krwi do głowy znacznie się zmniejszyły; drżenie zmalało także; polepszyły się nawet chód i postawa chorych. Autor przychyla się do zdania Williamsona, iż hyoscyna jest najbardziej skutecznym środkiem w leczeniu drżączki poraźnej. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Stekel (Wiedeń). **Przyczynek do patologii i terapii grypy.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 44 i 45, 1902). Na zasadzie starannych spostrzeżeń, przeprowadzonych w ciągu kilku ostatnich lat nad grypą, podaje autor niektóre nader ważne wskazówki, mające wielce ułatwić rozpoznanie tej choroby. Zwracając pilnie uwagę na okolicę podniebienia i krtani u dotyczących chorych, można niejednokrotnie widzieć włóknisto-białe miejsca, przeświecające z pod błony śluzowej, które, usadowiwszy się przypadkowo na migdałkach i wikłając się z rzekomym dławcem, mogą przedstawić obraz prawdziwej błonicy. Taka błonica grypowa różni się od prawdziwej tem, że rozpoczyna się w większości przypadków od nieżytu oskrzeli; śledziona jest zazwyczaj powiększona, naloty na migdałkach są barwy żółtawo-białej i są usadowione na prawidłowej, nie zmienionej (nie ciemno-czerwonej) błonie śluzowej; nadto surowica przeciwbłonicza pozostaje zupełnie bez skutku, podczas gdy wysoka dawka chininy sprowadza natychmiastową prawie poprawę. Także i zmiany w narządzie krążenia w postaci niemiarowego, przyspieszonego lub zwolnionego tętna (Schott, Ernst), lub wreszcie jako zapalenie osierdzia i wsierdzia, wskazują na grypę.

W sprawie leczenia zaznaczyć należy, że autor jest zwolennikiem wysokich dawek chininy; — inne zabiegi nie odstępują od zwykłych prawideł. *Dr. Pisek* (Podgórze).

L. Frank. **Pierwotna gruźlica wątroby.** (*Amer. Journ. of Med. Scienc.* — *Journ. of Amer. Med. Ass.*, 19-go kwietnia, 1902 r.). Po opisaniu spostrzeganego przez się przypadku gruźlicy wątroby, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) pierwotna gruźlica wątroby, chociaż rzadko, lecz się zdarza; 2) zakażenie wychodzi z jelit przez układ żyły bramnej; laseczniki znajdują się w owrzodzeniach jelitowych; 3) gruźlica wątroby następowo może przejść na inne narządy brzuszne i na otrzewnę; 4) w sprawie tej może przyjść w wątrobie do znacznego przerostu tkanki łącznej (marskość wątroby); 5) choroba kończy się zwykle śmiercią w ciągu roku. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Czystowicz. **W sprawie kamieni żółciowych.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 25). Cz. przytacza przypadek posocznicy przewlekłej, której przyczyny nie mogli wykryć najlepsi interniści w Petersburgu: jedni szukali jej w płucach, przypuszczając ropień płucny, inni zaś podejrzywali nowotwór w jelitach. Sekcya wykazała, że przyczyną był owrzodziały pęcherzyk żółciowy, który zawierał 12 kamieni. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Rejn. **Rak jelit grubych.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 25). Nowotwory jelit grubych zdarzają się dość rzadko. Na 41.865 sekcyj w moskiewskim Instytucie anatomo-patologicznym naliczył autor od r. 1870 do 1893 3585 przypadków nowotworów rakowych, w tej liczbie rak kiszki grubej zaledwie w 164 przypadkach. Mięsaków na 21.358 sekcyj od r. 1881 do 1893 było 274

i 64 chloniakomięsaków (lymphosarcoma). Największą liczbę nowotworów jelit podał de Boris, który zebrał 426 przypadków; następnie Körte opisał 51, Schiller 18, König 7 i t. d. Własnych przypadków miał autor 3. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kofeina w leczeniu dzieci. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, listopad). Kofeina działa na ustrój człowieka podniecająco: zwiększa siłę skurczów serca i pobudza czynność oddechową. Jestto więc środek, który bynajmniej nie zaoszczędza sil ustroju; owszem, wydobywa z niego i zużywa ostatnie zapasy energii. Ztąd wielka ostrożność, wskazana w stosowaniu tego środka wogóle, musi być tem ściślej zachowana u dzieci, u których, jak wiadomo, układ nerwowy jest tak bardzo pobudliwy.

Według Rousseau-Saint-Philippe wskazania dla podawania kofeiny u dzieci są następujące:

1. Osłabienie ogólne ustroju, objawiające się miękkiem uderzeniem serca, licho napiętem tętnem, nizką ciepłotą, skąpą ilością moczu i sennością dziecka. Ze stanem tym często spotykamy się w przebiegu cholery dziecięcej, lub nawet zwyklej gwałtownej biegunki. 2. Niektóre przypadki chorób osutkowych, zwłaszcza odry, gdzie przekrwienie dróg oddechowych jest bardzo znaczne, krążenie płucne w wysokim stopniu upośledzone. Tu energiczne pobudzenie sprawności serca może usunąć chwilowe rzeczywiste niebezpieczeństwo porażenia tego narządu. 3. Niespodziewany zapad w ciągu, a zwłaszcza ku końcowi błonicy. Zapad taki nierzadko występuje wtedy, gdy zmiany miejscowe szczęśliwie ustąpiły, a wyleczenie zdawało się bardzo blizkie i pewne. Energiczna dawka kofeiny podtrzymuje tutaj czynność serca i nerek i pozwala na przetrzymanie groźnej chwili. 4. Obawa zapadu w przebiegu duru brzusznego (osłabienie pierwszego tonu serca). 5. Przewlekłe nieżytowe wtórne zapalenia płuc (po krztuścu lub grypie) z objawami ognisk opadowych i niedodmy.

Poza tymi dość ściśle określonemi wskazaniami, kofeina może być tylko szkodliwą, zwłaszcza stosowana bezkrytycznie w ostrych chorobach gorączkowych. Rousseau-Saint-Philippe dowodzi, że środek ten podnosi o $^1/_2{}^0$, a nieraz o 1^0 ciepłotę dziecka i wywołuje u niego najwyższy stopień niepokoju. Należy zatem usunąć podawanie kofeiny w chorobach osutkowych o zwykłym przebiegu, w zapaleniu stawów, osierdzia, wsierdzia, w zapaleniu opłucnej z wysiękiem, lub bez niego, a zwłaszcza w zapaleniu płuc nieżytowem pierwotnem. W cierpieniu tem dziecko jest zwykle nieruchome, przybite; myliłby się jednak, ktoby brał ten stan za zapad, lub niedomogę mięśnia sercowego. Pomimo tego pozornego przygnębienia serce bije silnie i szybko, oddech jest gorączkowy, podniecenie nerwowe znaczne, przerywające od czasu do czasu te okresy spokoju. W przypadkach tych nierozważnem stosowaniem kofeiny można pogorszyć wszystkie objawy i doprowadzić ustrój do wyczerpania.

Kofeina, jak wiadomo, powoduje nudności, zaparcie stolca i działa szkodliwie na przewód pokarmowy. Dlatego też stosowanie jej podskórne jest odpowiedniejsze, zwłaszcza, że najczęściej chodzi tu o natychmiastowe działanie lekarstwa. Podskórnie czy wewnętrznie należy kofeinę mięszać w równych częściach z będźwinianem sodowym, aby uczynić ją strawniejszą i łatwiej rozpuszczalną. Srednia dawka u dziecka nie powinna przekraczać 0·10—0·30 grm. na dobę. *Dr. T. Żeleński.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 24 października 1902.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Lenartowicza wybrano na członka Towarzystwa.

III. Z kolei przystąpiono do wyboru Zarządu Towarzystwa na r. 1903. Wybrani zostali: przewodniczącym kol. Reiss; zastępcą przeprzewodniczącego kol. Schwarz; skarbnikiem kol. Lenartowicz; sekretarzem I. kol. Żydłowicz; sekretarzem II. kol. Pacyna.

IV. Kol. Borzęcki miał odczyt p. t. »Rzeżączka u mężczyzny, a pozwolenie żenienia się«. (Rzecz przeznaczona do druku). Streszczając swoje wywody, prelegent sądzi, że pozwolenie nasze na zawarcie związku małżeńskiego pacyentowi, który jakoby z powodu niewyleczonej rzeżączki zdania lekarza zasięga, dać możemy, jeżeli:

1. Badanie drobnowidowe, względnie założenie hodowli, wykonane kilkanaście razy w dłuższym przeciągu czasu, z wydzieliny z cewki, z strzępków, nitek z moczu, z wydzieliny gruczołu krokowego, gruczołów błony śluzowej cewki (Littrego, Morgagniego), pęcherzyków nasiennych dało nam wynik stale ujemny.

2. Jeżeli mimo zastosowania środków i sposobów, zmierzających do zaostrzenia istniejącego stanu, wynik badania również był ujemny.

3. Jeżeli mimo stale ujemnego wyniku przeprowadziliśmy bez względu na istniejące objawy energiczne leczenie przeciwrzeżączkowe.

Gdy mimo to wbrew naszemu rokowaniu, przecież następuje przeniesienie rzeżączki na żonę, to nie obciążyliśmy naszego sumienia, bo *ultra posse nemo obligatur.*

Kol. Sokołowski zaznacza, że wygłoszony odczyt jest w każdym kierunku świetnie opracowany, żałuje tylko, że prelegent nie zwrócił większej uwagi na badanie gonokokków, w kierunku uwzględnienia metody Grama, oraz szczepień. Nie zgadza się również na polecenie choremu nadużyć *in Baccho et Venere,* jako metody prowokacyjnej, a już stanowczo przeciwny jest samogwałtowi w celu wywołania za drażnienia.

Kol. Żydłowicz zwraca uwagę, że nie potrzebujemy się udawać aż do polecenia choremu nadużyć *in Baccho et Venere,* ażeby rozstrzygnąć, czy chory jest wyleczony, czy też nie, bo mamy na to inne sposoby, a mianowicie podrażnienie cewki za pomocą ciężkich zgłębników, lub silniejszego rozczynu azotanu srebrowego.

Kol. Boczar wykazuje, ile trudności przedstawia dokładne badanie bakteryologiczne. Zakładanie hodowli nie zawsze do celu prowadzi, bo jak Finger twierdzi, hodowle się udają, jeżeli się szczepi wydzielinę w okresie ostrym; w okresie przewlekłym szczepienie daje wyniki więcej niż wątpliwe. Jeżeli znajdziemy gonokoki pod drobnowidem w wydzielinie z cewki, to znajdziemy je i w hodowlach, a w przeciwnym razie bardzo rzadko. Sprawa ciałek ropnych również jest zasadniczego znaczenia, bo im więcej leukocytów, tem większe prawdopodobieństwo obecności bakteryj.

Kol. Steuermark podnosi znaczenie faktu, czy gonokoki są usadowione w powierzchownych warstwach błony śluzowej, czy też w zaułkach. W tym przypadku kol. St. używa dwóch sposobów badania albo przy pomocy zgłębników pałeczkowych, albo ciężkich.

Kol. Reiss owi nasuwają się dwa pytania: czy czas przyczynia się do leczenia rzeżączki przewlekłej, jak to twierdzi kilku autorów? na to pytanie mógłby dać odpowiedź twierdzącą na podstawie przez siebie spostrzeganych przypadków. Drugie pytanie dotyczy obecności leukocytów w wydzielinie i tu posuwa się Finger za daleko, bo zna przypadki, że pacyenci, u których znachodził leukocyty przy zupełnym braku gonokoków, rzeżączki w małżeństwie nie udzielili. Następnie poleca używanie rozszerzadeł Kohlmanna, jako metody prowokacyjnej bo one pozwalają wygładzić błonę śluzową cewki i przepłókać lekiem drażniącym.

Kol. Krzyształowicz dodaje, że jeżeli się w wydzielinie nie wykaże gonokoków, nie można leukocytów lekceważyć, bo w razie ich istnienia, zwłaszcza w większej ilości, nikt istnienia rzeżączki zaprzeczyć nie może. Badanie hodowli natrafia na nieprzezwyciężone prawie trudności. Już w wydzielinie z cewki znachodzimy inne bakterye i dwoinki, a w hodowlach ich ilość i rozmaitość jest jeszcze większa. W każdym razie, czy znajdziemy gonokoki, czy na podstawie obfitości leukocytów przypuszczamy ich istnienie, leczenia zaniechać nie wolno.

Kol. Boczar jeszcze dodaje, że Finger w wydzielinie prawidłowego gruczołu krokowego znachodził ciałka białe.

Kol. Mayzel przyznaje wielką wartość pracy kol. Borzęckiego, nadmienia tylko, że we wszystkich tych przypadkach należy jak największą zwracać uwagę na gruczoł krokowy.

Kol. Borzęcki odpowiada po kolei wszystkim interpelantom: przyznaje, że zakładanie hodowli jest bardzo wskazane, choć nie zawsze prowadzi do celu. Nadmienia, że zakładanie zgłębników jest o tyle dobrem, że prędko wywołuje zaostrzenie sprawy chorobowej. Większa ilość leukocytów powinna zawsze budzić podejrzenie istnienia bakteryj, choć z drugiej strony faktem jest, że każde zwężenie sprowadzić może obfitsze wydzielanie się leukocytów. Dużą rolę w badaniu odgrywa czas, przez który się bada; dlatego też nie można tu wydawać sądu dorywczo, lecz badać jak najdłużej. Przyznaje wreszcie, że ów ideał wyleczenia przy zupełnym braku nietylko gonokoków, ale i ciałek wypocinowych, nie znajduje prawie nigdy urzeczywistnienia. Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna,* sekretarz.

VI. Korespondencye.

Kair, d. 19 grudnia 1902 r.

Czcigodny Panie Redaktorze!

Nie wielu czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“ pozwoliły stosunki i znaczna odległość Egiptu wziąść udział w I. egipskim Zjeździe lekarskim: czynię więc chętnie zadość życzeniu pańskiemu, podając krótkie sprawozdanie z jego otwarcia.

Dnia wczorajszego zebraliśmy się w przystrojonej sali „Hôtel Continental“ w celu ogólnego poznania się. Zebrało się ogółem 520 lekarzy; z tych 340 zamieszkujących Egipt, a 180 obcokrajowców. Z 340 lekarzy egipskich było 152 tubylców, reszta europejczycy.

Austryę reprezentowali: Prof. Nothnagel, Drowie: Buchmüller, Hiebaum, Neuwirth, Landesmann, Schweinburg i Prof. Wicherkiewicz. *Węgry:* Prof. Hoor, Géza de Farkas i Magyarevics. *Niemcy:* Doktorowie: Nolda, Schacht i inni. *Belgię:* Drowie: Kops, Eicl, Lambotte. *Francyę:* Profesorowie: Bouchard, Lortet, Gayet, Teissier, Courmont, Baudry, Bergonier; Drowie: Müller, Langlois, Legrand i inni. *Anglię:* Drowie: Harrison, Spanton, Sandwith, Madden, Ellioz Smith, Page May, Khayatt. *Włochy:* Senator Maragliano; Profesorowie: Mariani, Pasquale, Trombetta; Dr. Torella; Profesorowie: Tamassia, Gaglio, Ternie, Gangitano, Giordano, Fornario; Drowie: Moretti, Rosi. *Rosyę:* Dr. Rapczewski; Profesorowie: Pawłow, Ott, Skworcoff. *Szwajcaryę:* Prof. Eternod. *Persyę:* Dr. Mol Mizza Mehdi-Khan. *Stany Zjednoczone:* Dr. Major Gorgas; Drowie: Heiser, Campbell.

Z Polaków przybyli: Dr. Rapczewski, Dr. Baliński, Prof. Wicherkiewicz i Dr. Benni; nadto panna Mendelsohn, warszawianka, osiedlona w Kairze. Wieczór był dość ożywiony: ochotniejsi puścili się nawet w tany.

Dziś zgromadziliśmy się w sali opery Khedywa tak przekształconej, że podłoga sceny i widowni jeden stanowiły poziom. Na scenie zajęli miejsca: Dr. Ibrahim pasza prezydent zjazdu, Dr. Abbat pasza prezydent honorowy, Dr. Woronoff sekretarz generalny, Sir Pinching, Comanos pasza i delegaci oficyalni. Profesor Pawłow, major Gorgas i kilku lekarzy francuskich, którzy stawili się w mundurach.

Widownię zajęli inni uczestnicy Zjazdu, a loże wypełnili dyplomaci, rodzina Khedywa, wyżsi urzędnicy i t. d. Galeryę obsiedli słuchacze medycyny w tarbuszach (fezach). Całość wywoływała bardzo mile wrażenie, nastrój był uroczysty.

O godzinie 10-tej wszedł Khedyw w otoczeniu ministrów i swego dworu, a pozdrawiając zebranych, zabrał głos (po francusku):

„Z przyjemnością i zadowoleniem witam was Panowie i cieszę się, widząc was tutaj zebranych. Wdzięczny jestem państwom i zakładom naukowym, które na zaproszenie mego rządu raczyły wysłać swych przedstawicieli. Zjazd, mając na celu badanie chorób krajów gorących, — nie mógł wybrać lepszego miejsca, jak dolina Nilu, — która przez swoje położenie geograficzne i klimat jest niejako łącznikiem między Wschodem a Zachodem. Widzę z dumą, jak mój kraj bierze sobie do serca postęp ku rzeczom dobrym i pożytecznym dla ludzkości. Moje też starania będą się ciągle zwracały ku temu, aby ten postęp podtrzymywać na dobrej drodze i mam przekonanie, Panowie, że starania te będą obficie wynagrodzone owocami waszych prac. Pozostaje mi podziękować wszystkim uczonym, którzy się do tego przyczynili, że Zjazd w ogóle przyszedł do skutku — i Komitetowi, który miał ciężkie zadanie do spełnienia. Ciesząc się już teraz z owoców waszych prac, otwieram pierwsze posiedzenie egipskiego Zjazdu lekarskiego“.

Z kolei przemówił po arabsku Dr. Ibrahim Pasza Hassan prezydent Zjazdu: „Egipt, a raczej Afryka, nie był jeszcze nigdy tak jak dziś zaszczycony zebraniem się tylu znakomitych uczonych, przybywających z Europy, Ameryki, Australii i t. d., aby ozdobić swą obecnością pierwszy Zjazd naukowy w Egipcie i oświecić światłem ich nowoczesnej nauki stary kraj Faraonów. Nam Egipcyanom słusznie też pochlebia ten znak życzliwości ze strony naszych dostojnych kolegów. Będziemy się starali odpowiedzieć według naszej możności, podejmując ich, jak tylko będziemy mogli najlepiej. Obecny Zjazd wymagał dużo wysilków; zachęcał nas do wytrwałości nasz dostojny władca, obejmując protektorat; dalej ministrowie, lord Cromer, instytucye sanitarne i kwarantanowe również pomagały nam rzetelnie. Nasi współpracownicy z sekretarzem generalnym na czele okazali swą wytrwałość, przezwyciężając trudności, które się ciągle wyłaniały przeciw urzeczywistnieniu rozpoczętego dzieła; Wy zaś panowie, waszemi pracami przyczynicie się do jego upiększenia. Powiedziałby ktoś może, że zajmowanie się chorobami krajów gorących nie ma dla Europy wielkiego znaczenia: gdy się jednak zważy, ile to mieszkańców Europy przesiedla się do Egiptu w charakterze kolonistów, to ważność ta staje się oczywistą i jest kwestyą dnia. Np. w Egipcie mieszka 112,000 Europejczyków, a liczba ta zwiększa się w zimie o 15,000. Oprócz Europejczyków i Amerykanów wszystkie narody są tu reprezentowane, a Egipt staje się z dnia na dzień coraz więcej kosmopolityczny. Przeto wszystko, co się uczyni dla polepszenia jego stanu epidemiologicznego, wyjdzie na dobre nie tylko tubylcom, ale także i Europejczykom, którzy lepiej umieją od mieszkańców Wschodu zastosować się do rad nauki“.

Dr. Abbat pasza, prezydent honorowy, przedstawił postęp Egiptu na drodze wiedzy medycznej przez 22 wieki od Ksyriusa aż do czasów Mohameta Alego.

Dr. Voronoff, sekretarz generalny, zdał sprawę z prac przygotowawczych Zjazdu.

Następnie przemawiali delegaci rządów zagranicznych: Dr. Nolda imieniem Niemiec; Prof. Nothnagel — Austryi; Dr. Eid — Belgii; Prof. Bouchard — Francyi. Delegat Francyi dziękował Khedywowi za jego szlachetną inicyatywę. „Życzymy, powiedział Bouchard, aby to zebranie było dla Egiptu pożyteczne; wiemy że będzie pożyteczne dla wszystkich narodów, ponieważ rozwiązanie zagadnień, postawionych w celu poprawy zdrowia publicznego, wymaga jedności przekonań. Zresztą już się tem samem służy ludzkości, że się pozwala ludziom szukać wspólnie prawdy. Pracować dla nauki, to tyle co pracować dla cywilizacyi. Moi kochani Koledzy Egipscy, pragnąłbym abyśmy byli jeszcze liczniejsi, aby wam podziękować za wasze zaproszenie i gościnne przyjęcie. Nasza radość jest wielka: żal tych, którzy pozostali na tamtym brzegu, jeszcze większy. Egipt jest dla nas krainą marzeń. Już od naszych najmłodszych lat mówią nam o czynach świetnych, spełnionych na waszej ziemi przez synów Francyi; opowiadają nam o sławie, którą wielu Francuzów tu osiągnęło, o sławie wojennej może, o sławie naukowej i artystycznej przedewszystkiem. Mówią nam, że niektórzy Francuzi przybyli, aby odczytać wasze napisy i nauczyć was waszej własnej historyi; inni aby wyświetlić pomniki, pokrywające waszą ziemię, a wreszcie odkryć te jeszcze liczniejsze, które są tą ziemią pokryte. Inny znów zyskał wasz szacunek i dzięk czynność, dokonywując dzieła, które jest podziwem całego świata. Nadto wasza ziemia posiada wszelkie przynęty. Dla nas Egipt jest Wschodem, krainą, gdzie rodzi się światło, piękno i prawda. Piękno znajdujemy w waszych pomnikach; prawda, powiedziano nam, była ukryta w waszych podziemiach. Ale nauka i tu się dostała. Mówią nam, że nasi uczeni znaleźli tu tajniki początków wszelkiej cywilizacyi. Nasza wizyta to pielgrzymka do ziemi świętej. Jakież obowiązki wdzięczności mamy jeszcze względem was, — szczególnie my lekarze. U bram Wschodu wy jesteście placówką, broniącą Zachodu. Egipt, dzięki wam, jest tamą, o którą rozbijają się fale barbarzyństwa i chorób zakaźnych.

Powiedziano nam, że nad morzem Czerwonem i u stóp Synai, usadowiliście ochrony, od których chyba tylko podstępem z trudnością można się uchylić (stacya kwarantanowa w Tor i Suez). Po piramidach widzimy tamę nilową w Assuan. Nie szczędzicie wielkich wysiłków ku zachowaniu zdrowia ludzkiego i nas zapraszacie, aby się z wami połączyć. Odpowiadamy chętnie na wezwanie, aby razem z wami dalej pracować nad dziełem cywilizacyi, rozpoczętem przez naszych poprzedników".

Dr. Harrison, delegat angielski, przedstawił postęp dokonany przez szkołę medyczną w Kairze; dziękował za przyjęcie gościnne i życzył, aby prace Zjazdu wyszły Egiptowi na pożytek.

W tym tonie przemawiał Major Gorgas, delegat Stanów Zjednoczonych, Prof. Hoor, delegat węgierski, Prof. Maragliano, delegat włoski i Mirra Dr. Mohamed Khan, delegat perski.

Prof. Pawłow, delegat rosyjski, powiada, że Egipt jest kolebką cywilizacyi, że cały świat zwraca oczy ku temu krajowi, gdzie badania lekarskie i interes praktyczny nauki mają bardzo wielkie znaczenie; że Egipt, położony na drodze, łączącej najdalszy Wschód z całym światem, jest podstawą zapory, wzniesionej przez wszystkie mocarstwa przeciwko epidemiom.

Prof. Eternod, delegat Szwajcaryi, wygłasza ostatnią mowę. Stwierdza, że Szwajcarya jest krajem, gdzie zrodziła się chlubna myśl pomocy lekarskiej dla rannych na polu walki i że z tego względu interesuje się szczególnie tym Zjazdem.

Po wyczerpaniu powitalnych przemówień delegatów Prof. Bouchard miał odczyt: *„Les tendances nouvelles de la therapeutique"* (O nowych dążnościach lecznictwa). Ze względu na czas i na to, że okręt, na którym ten list odejdzie, opuszcza jutro Aleksandryę, odkładam sprawozdanie z tego odczytu na czas późniejszy. *Dr. Batko.*

VII. **Międzynarodowy Kongres w sprawie walki z gruźlicą.**

(Berlin 23—27 października 1902).

Podał

Dr. Henryk Pisek.

W obecności przedstawicieli całego świata cywilizowanego minister Posadowsky zagaił Kongres, zaznaczając między innemi, że sprawa takich wrogów ludzkości, jak mór i cholera, została już międzynarodowo załatwiona; — obecnie znów ludzie dobrej woli organizują się w zwarte szeregi, by zwalczyć gruźlicę, trapiącą społeczeństwa nieustannie i pożerającą rok rocznie tysiące ofiar.

Następnie nakreślił B. Fraenkel (Berlin) w dosadnych słowach obraz gruźlicy jako choroby ogólno-społecznej, podał wyniki, jakie osiągnęła dotychczasowa walka z gruźlicą, wyrażając swoje zadowolenie, że obecnie we wszystkich prawie krajach więcej się zwraca uwagę na tę zabójczą chorobę, aniżeli to było przedtem.

Szereg odczytów rozpoczął Landouzy (Paryż) na temat: **Wychowanie dzieci, jako czynnik w walce z gruźlicą,** wykazując konieczną potrzebę, by tak w szkołach ludowych jak i średnich zapoznawano uczniów w ogólnych a przystępnych zarysach z istotą gruźlicy. W tym celu mają się także odbywać osobne wykłady dla kształcących się nauczycieli.

Obertüschen (Wiesbaden). **Zadania szkoły w zwalczaniu gruźlicy.** Mowca żąda, by 1) każde dziecko chore na gruźlicę usunięto ze szkoły, a umieszczono w osobnym domu zdrowia; 2) tasama zasada tyczy się także chorych na gruźlicę nauczycieli, atoli bez utraty pensyi. Co się tyczy środków zapobiegawczych, zaleca: *a)* większe uwzględnienie ćwiczeń fizycznych, zdążających do wzmocnienia płuc i serca, — przedewszystkiem w wieku dojrzewania, między 14—19 rokiem życia; *b)* wpływ szkoły na wybór zawodu; *c)* pouczenie młodzieży szkolnej o istocie chorób zakaźnych i środkach zapobiegawczych. W dyskusyi zaznacza Hueppe (Praga), że zadaniem szkoły jest nietylko kształcić młodzież duchowo, ale i wpływać na rozwój fizyczny.

Baumgarten (Tübinga). **Walka z gruźlicą ze stanowiska bakteryologii.** Prelegent wyraża zdanie, że nie należy ustawać na drodze szukania środków, niszczących prątki gruźlicze w ustroju; — działanie małych dawek chininy wskazuje, że ten cel zostanie osiągnięty w niedalekiej przyszłości.

W sprawie donoszenia władzy o każdym przypadku gruźlicy rozwinęła się ożywiona dyskusya, wykazująca, jak trudno tę zasadę w czyn wprowadzić. Zgodzono się jedynie, by donosić władzy o zmianach pomieszkania przez suchotników, lub o śmierci w cięższych przypadkach gruźlicy.

Freund (Berlin) mówił **O przepisach zapobiegawczych w pracowniach i warsztatach** dowodząc, że brak światła i powietrza, następnie wdychanie pyłu metalowego, kamiennego itp. wielce się przyczyniają do powstawania i rozwoju gruźlicy; również szkodliwie wpływają zbyt krótkie przestanki wśród pracy, jak niemniej praca w zamkniętych izbach. W tejsamej mniejwięcej myśli przemawiał Savoire (Paryż) z dodatkiem, aby warsztaty stały w tym względzie pod kontrolą lekarską.

Kusy (Wiedeń) poddał ostrej krytyce obecnie używane spluwaczki; żąda ustanowienia osobnej komisyi, któraby czuwała nad tą gałęzią przemysłu; Schrötter (Wiedeń) proponuje jedynie takie spluwaczki, któreby po zużytkowaniu mogły być niszczone (palone)*).

Andvord (Christiania). **Gruźlica u dzieci.** Przyjmując zasadę, że zakażenie gruźlicze datuje się już od dziecięcego wieku, należy bardzo wielką zwracać uwagę na pierwsze lata życia dziecka i na tem właśnie polega całe znaczenie i punkt ciężkości wszystkich odnośnych zakładów wychowawczych. W okresie zaś dojrzewania należy przeszkodzić o ile możności wytworzeniu się skłonności, dyspozycyi do gruźlicy — tu więc znajdą swe zastosowanie wszystkie zasady higieniczno-zapobiegawcze.

Dyskusya:

Egger (Bazylea) objaśnia, jakich środków chwycono się w Bazylei do zwalczenia gruźlicy u dzieci, a prócz tego żąda utworzenia osobnych domów zdrowia dla tych nieletnich chorych.

Derecq (Paryż) radzi, aby pilnie czuwać nad okresem zdrowienia, albowiem nierzadko się zdarza, że ozdrowieńcy z innych chorób częstokroć zapadają na gruźlicę, jeżeli są narażeni na częstsze i bliższe zetknięcie się z suchotnikami, lub ich wydzielinami.

Unterberger (Petersburg) bardzo zaleca utworzenie domów zdrowia przy każdej już istniejącej lecznicy, — co bez wielkiego nakładu da się przeprowadzić, — lub też wreszcie zakładać je w domach prywatnych. Na zasadzie swych doświadczeń może powiedzieć, że wyniki otrzymane w prywatnych domach zdrowia nie są gorsze od tych, jakie otrzymujemy w wielkich publicznych sanatoryach.

Gebhard (Lubeka). **O schroniskach dla suchotników.** Ponieważ nie ulega żadnej wątpliwości, że nigdy nie będzie można umieścić wszystkich suchotników w sanatoryach, dlatego należy utworzyć pewnego rodzaju schroniska dla tych chorych, którzy nie kwalifikują się do sanatoryów. Zakłady ubezpieczeń nie są wprawdzie organami sanitarnymi, ale one są jedynie w możności taką myśl urzeczywistnić; hanzeatycki np. zakład ubezpieczeń zbudował za 235.000 marek schronisko dla 30 chorych, które da się z biegiem czasu powiększyć dla 200 chorych. Tego rodzaju schroniska powinny się liczyć z okolicznością, że chorzy muszą tam całe lata przebywać, z czego znów wyłaniają się następujące uwagi: 1) W utworzeniu schronisk przez zakłady ubezpieczeń dla kalek leży jeden z głównych czynników, służących do zwalczenia gruźlicy w ogólności. 2) Jeśli cel ma być istotnie osiągnięty, schroniska powinny być w ten sposób urządzone, aby odosobnienie chorych przeprowadzono odpowiednio do nasilenia każdego chorobowego przypadku. 3) Schronisko dla suchotników należy tak urządzić, aby z jednej strony nie groziła obawa przeniesienia gruźlicy na otoczenie, względnie na okolicę, a z drugiej strony aby osoby zdrowe, zajęte w schronisku, nie były narażone na zakażenie. Obok takiego zakładu winien się znajdować dość obszerny ogród, by umożebnił chorym przebywanie na świeżem powietrzu, ale by nie wywoływał w nich uczucia zbyt bezwzględnego odcięcia od reszty świata. 4) Wewnętrzne urządzenie schroniska nie powinno być wprawdzie zbytkowne, ma jednak uwzględnić słuszne wymagania chorych.

Dyskusya: Freund (Berlin) oświadcza, że obawa, odnośnie do takiego schroniska w Lichtenberg, jakoby chorzy do zakładu nie chcieli się udawać, uważając go za przybytek śmierci, okazała się płonną. Pomimo bowiem, że tylko ciężko chorzy zostają przyjęci, a co za tem idzie, że niejednokrotnie pojawiają się przypadki śmierci, to przecież nie znać jakoś tego przygnębienia w zakładzie — owszem, chorzy chętnie przybywają, poddając się z otuchą przepisanemu leczeniu.

*) Tego rodzaju spluwaczki (tekturowe) są już w użyciu; w Krakowie na składzie u p. Bartmańskiego (dawniej Hellera), aptekarza w Krakowie. Cena za sztukę 6 centów.

Becher i Lennhof streszczają swe doświadczenia, zebrane w sprawie schronisk dla chorych gruźliczych w następujący sposób: 1) W schroniskach przebywa wielu chorych, czekających na przyjęcie do właściwych sanatoryów, — w każdym razie są to bardziej odpowiednie miejsca, aniżeli własne mieszkania. Nie można było zauważyć, jakoby stan chorych przez ten czas czekania się pogorszył, — jak to dawniej bywało. 2) Z uwagi, że w schroniskach przebywają chorzy, którzy dawniej byli w lecznicach, a drugi raz znów do leczenia przyjęci być nie mogą, inni znów bezpośrednio z lecznic do schronisk przybywają, okazuje się, że schroniska są niejako dalszem uzupełnieniem zabiegów leczniczych. Schroniska przyjmują także ciężko chorych, a mimoto odznaczają się taniością.

Leube (Würzburg). **O szpitalach dla chorych na gruźlicę.** Mowca zaleca utworzenie osobnych szpitali dla suchotników w okolicach zdrowych, o ile możności lesistych i w blizkości miast, lub jeśli to przeprowadzić się nie da, winien każdy większy powszechny szpital mieć osobny oddział (pawilon), przeznaczony dla chorych gruźliczych.

Köhler (Berlin). **Związek między gruźlicą ludzką a gruźlicą bydlęcą.** Prelegent skreślił w krótkich zarysach obecny stan tej sprawy, oraz dyskusye, prowadzone nad nią na Kongresie w Londynie i wreszcie niendałe doświadczenia Kocha o przeszczepieniu gruźlicy. Najważniejszem jest pytanie, czy istnieje możliwość przeniesienia się gruźlicy bydląt na ludzi. Lassar, Joseph i inni badali, czy ludzie, mający ciągle styczność z bydłem rogatem (rzeźnicy, weterynarze i t. p.), częściej zapadają na gruźlicę skóry; okazało się, że można skłonić się do przyjęcia, iż gruźlica zwierząt jest identyczną z gruźlicą występującą u ludzi, ale tylko po części; — ostatniego jednak i rozstrzygającego słowa w tej sprawie jeszcze nie wypowiedziano. Także i doświadczenia poczynione z pierwotną gruźlicą jelit przemawiają przeciw identyczności. Jedynie co można powiedzieć jest to, że dotychczas ani identyczność, ani nieidentyczność gruźlicy ludzkiej z bydlęcą nie została ściśle wykazaną i że sprawa przeniesienia się gruźlicy bydła na ludzi lub odwrotnie nie została ani napewno udowodnioną, ani odpartą.

Turban (Davos) **Mianownictwo i podział różnych postaci i okresów gruźlicy.** Mowca proponuje podział gruźlicy na trzy okresy: pierwszy obejmuje lekkie schorzenie najwyżej jednego płata płucnego; drugi lekkie schorzenie najwyżej dwóch, lub ciężkie zajęcie jednego płata; do trzeciego zaś okresu należą te wszystkie postacie, które przewyższają pierwszy i drugi okres. Oczywista rzecz, że podział taki byłby wielce pożądanym, atoli praktyka wykazuje, że gruźlica nie odznacza się takim szematycznym przebiegiem.

Sangmann (Dania). **Przesada w zapobiegawczych przepisach.** Walka z gruźlicą nie powinna się wyrodzić w walkę z gruźliczymi chorymi; następstwem takiej przesady byłoby tylko wytworzenie ogólnej »*phthiseophobii*«.

Ostatnim mówcą był Brouardel, który przedstawił w krótkości całokształt pracy dokonanej na poszczególnych konferencyach, poczem minister Studt zamknął pierwszy międzynarodowy Kongres w sprawie gruźlicy.

VIII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

Stan, w którym płód wraz z częściami dodatkowemi w macicy się znajduje, nazywa się ciążą. Stanowi temu towarzyszą różne objawy, które go charakteryzują i odróżniają od stanów innych, napozór do niego podobnych. Do tych należą przedewszystkiem zatrzymanie nasienia w jamie macicy, uważane przez Hipokratesa, szkołę aleksandryjską, Soranusa, Galena i innych za *conditio sine qua non* zastąpienia. Dalszym objawem, towarzyszącym również każdej ciąży, jest zamknięcie się ujścia macicznego tak, że przez nie, podobnie jak w czasie pomiędzy dwiema miesiączkami, nawet zgłębnika chirurgicznego przeprowadzić nie można. Co się tyczy tej sprawy, to istniała zupełna zgoda pomiędzy starożytnymi lekarzami. Żądał tego Hipokrates *(quae utero gerunt, iis uteri os connivet.“ Hippocrat. aphorismorum sectio quinta K. III.).* Soranus kładł na to nacisk *(Soranus lib. I. cap. XII.)* i tosamo powtarzał Galen. Równocześnie z zamknięciem się ujścia macicznego znikała miesiączka na cały czas trwania ciąży, przyczyniając się, jak to wyżej wspomnieliśmy, w części do odżywienia nasienia i późniejszego płodu, w części zaś do powstania płodu lub pokarmu w sutkach, stwarzając temsamem dalszy objaw ciąży. Macica sama musi się powiększać, zmieniając swoją zbitość. Galen wie, że ona się staje miększa, na co zresztą już Soranus zwrócił uwagę *(l. c.)*. W miarę dalszego trwania ciąży odczuwa ciężarna ruchy płodowe, które podług Hipokratesa występują wcześniej u męzkich, aniżeli u żeńskich płodów *„primum autem mas movetur.“ (Hippocrat. de natura pueri)*. Obok tych objawów ciąży wspomina Galen za Hipokratesem o jednym jeszcze, mianowicie o zmianie wejrzenia ciężarnej. Hipokrates zauważył występowanie plam na twarzy, a czasem nawet zmianę wejrzenia kobiety na lepsze. Tosamo powtarza Soranus *(Soranus lib. I. cap. XII. 43)*, twierdząc, że czasem występują u ciężarnych na twarzy czarne plamy, czasem zaś wysypka zwana „ἐφήλις.“ Co przez tę ostatnią należy rozumieć, o tem poucza nas dokładnie Hipokrates, twierdząc *„quae utero gerentes maculam in facie veluti ex solis gestione, ἔφηλιν vocant, habent.....“ (Hippocr. de his, quae uterum non gerunt. K. III)*. Galen zaś nie wspomina o wysypkach na skórze twarzy, ale jedynie o mniej lub więcej dobrem wejrzeniu *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 42)*.

Prócz tych sposobów rozpoznawczych, których nam natura użycza, istniały u Galena jeszcze środki lekarskie, których odczyn miał świadczyć o ciąży. Część tych środków jest wprost przejęta z Hipokratesa, jak n. p. woda z miodem przemawiająca za ciążą, o ile bóle jelitowe wywołuje *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 41)*. Drugą część stanowią środki rozpoznawcze jego własne, które mu jednakowoż bynajmniej sławy nie przysporzyły, albowiem są, jak np. próba moczowa, wcale naiwne *(de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI K. XIV.)*.

Wszystkie wymienione zmiany są mniej lub więcej pewnemi oznakami ciąży, ale mogą się częstokroć powtarzać w zmianach nie mających z ciążą nic do czynienia i z tego powodu poczuwa się Galen do obowiązku podania rozpoznania różniczkowego.

Zatrzymanie się nasienia, jakkolwiek ma na celu spowodowanie zastąpienia, to przecież go nie pociąga zawsze za sobą. Jeżeli się bowiem nasienie nie dostanie tylko na miejsce swego właściwego przeznaczenia, natenczas, jak to już wyżej wspomnieliśmy, oddziela się pneuma od nasienia, a sam płyn, jako nie mający wtedy żadnej wartości, marnieje *(de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. X.)*. Prócz tego może jeszcze nasienie zniszczeć, jeżeli się ono zmięsza z zanadto wielką ilością krwi *(de natural. facultat. lib. II. cap. III.)*.

Zamknięcie ujścia macicznego jest wprawdzie najznamienitszym znakiem ciąży, lecz spotykamy je nietylko u ciężarnych, ale i w przypadkach zapaleń i guzów macicy, co jednakowoż rozpoznać można po zbitości części pochwowej. U ciężarnych bowiem część pochwowa bywa miękką, podczas gdy po zapaleniach, lub u osób cierpiących na guzy macicy, bywa ona twardą *„gravidis enim molle est et secundum naturam: durum autem, in quibus est tumor praeter naturam, sive sit inflammatio, sive tumor durus“ (in aphorism. Hippocr. com. quint. 54 i de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*. Hipokrates wie dobrze, że część pochwowa jest w ciąży miękką *(„cum vero puer prodit, utero dilatato qui mollis est, etc.“ de natura pueri K. I. 416)*, lecz nie używa tego objawu do rozpoznania różniczkowego. Soranus nie podaje również tego objawu, jako rozstrzygającego w przypadkach wątpliwych, ale domyśleć się można, że się nim w tych razach posługiwał. Dowodem tego jest okoliczność, że wymieniając objawy towarzyszące zaśniadowi, którego nie uważał za ciążę, podaje, że macica bywa wtedy twardą. *(Soranus lib. II. cap. IX.)*.

Brak miesiączki jest wprawdzie jednem z najpewniejszych znamion zastąpienia, ale i na nim polegać nie można, gdyż istnieją prócz stanów fizyologicznych, w których miesiączka zanika, jeszcze i patologiczne, jak znowu z drugiej strony kobieta i w czasie ciąży może się czyścić, co jednakowoż prawie zawsze za sobą pociąga poronienie, lub poród przedwczesny. Sam zaś brak miesiączki może i bez ciąży spowodować nagromadzenie się pokarmu w sutkach tak, że i obecność tegoż nie dowodzi więcej bezwarunkowo, że w jamie macicy musi się znajdować płód. Gromadzenie się zaś pokarmu w sutkach tych osób tłómaczy Galen tem, że u patologicznie niemiesiączkujących kobiet przychodzi do przepełnienia się naczyń macicy, a te, oddając nadmiar krwi przy pomocy naczyń, łączących je z naczyniami sutków, powodują przemianę jej w mleko *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 39)*. Zwrócił na to już uwagę Hipokrates, za którym Galen powtarza, komentując jego aforyzmy. Wspomina także o temsamem i Soranus, wiedzący nawet, że i guzy macicy mogą spowodować laktacyę.

Ruchy płodowe, o ile istnieją, przemawiają wprawdzie stanowczo za ciążą, lecz brak ich nie dowodzi jeszcze przeciwieństwa. Ażeby one bowiem wogóle istniały i żeby je matka odczuła, muszą być spełnione pewne warunki, a w pierwszym rzędzie muszą one być dostatecznie silne. Że ich brak nie przemawia przeciw ciąży, to sam Galen w następującem zdaniu wyraźnie powiada: *„quae motiones tamen nequa ipsae, signa perpetua sunt“ (ibid. aph. 42)*.

Starożytni autorowie wspominają jeszcze o innych mniej pewnych oznakach ciąży, z których objawy objęte nazwą „κίσσα“, odgrywały najważniejszą rolę. Galen wspomina o nich również *(ibid. aph. 61)*, uważając za ich przyczynę otwieranie się odźwiernika ciężarnych. Największy jednak nacisk kładzie na te, które znamy dziś pod nazwą pewnych, nie łudząc się, jak to widzieliśmy, bynajmniej co do ich pewności rozpoznawczej i podając dlatego zapewne tak obszerne rozpoznanie różniczkowe.

Skoro już ciążę na pewno rozpoznano, starano się oznaczyć płeć płodu znajdującego się w łonie matki. Do tego służyły rozmaite oznaki, które rozmaici autorowie z mniejszą lub większą pewnością podawali. Zdaje się, że w świecie starożytnym badano często w tym kierunku lekarzy, za czemby przemawiała okoliczność, że wielu lekarzy siliło się na podanie pewnego sposobu rozpoznawczego, przy czem jednakowoż nie możemy im niestety oszczędzić zarzutu, że się nie zawsze powodowali czystemi i uczciwemi intencyami. Już z tego, cośmy powyżej mówili o znaczeniu nasienia cieplejszego, pochodzącego z prawego jądra i zimniejszego z lewego jądra, wynika, że u wnętrów jednostronnych (monorchów) można najprzód przepowiedzieć męzką a względnie żeńską płeć noworodka zależnie od tego, czy posiadają prawe czy też lewe jądro. Za męzką płcią płodu przemawia rozwój jego w prawej połowie macicy, za żeńską w lewej. Prócz tej wskazówki rozpoznawczej znajdujemy u Hipokratesa jeszcze i inne: z wczesnych i silnych ruchów płodu wnosi o jego płci męzkiej, podczas gdy ruchy słabe wskazują na płeć żeńską. Plamy występujące na twarzy ciężarnej przemawiają za tem, że wyda na świat dziewczynę, dobre zaś wejrzenie, spowodowane energicznymi ruchami płodu, każe się domyślać, żę urodzi chłopca. Przeciw tym wszystkim przepowiedniom miał odwagę wystąpić Soranus, twierdząc, że nic nas do nich nie uprawnia *(Soranus lib. I cap. XIII. 45)*. Galen zaś, który tak chętnie powtarza to, co powiedział Hipokrates, przyjmuje prawie wszystkie oznaki rozpoznawcze przez niego podane, wyjaśniając je, lub też podaje nowe, zaczerpnięte ze swojego skarbca leczniczego, nie wzdrygając się przed sposobami zupełnie dowolnie przyjętymi, czego dowodem jest wspomniana próba moczowa, zapomocą której nietylko ciążę, ale także płeć płodu rzekomo rozpoznać można.

Rozpoznanie płci płodu w łonie matki nie stanowi jednakże pierwszorzędnego zadania lekarza. O wiele ważniejsze są jego starania, mające na celu utrzymanie ciąży i doprowadzenie jej do prawidłowego końca. W tym celu podaje Galen bardzo ścisłe i bardzo dobre przepisy, których należy już od samego początku przestrzegać. Hipokrates nie zajmuje się specyalnie tym przedmiotem, ale że zalecał swoim pacyentkom odpowiednie zachowanie się w ciąży, wnosić możemy z tej okoliczności, że wymienia niebezpieczeństwa im grożące *„multa quoque sunt alia ex quibus foetui corruptionis periculum impendet“. (Hippocrat. de mulierum morbis K II)*. Soranus poświęca dyetetyce ciąży znaczny rozdział *(lib. I. cap. XIV)*; idąc jeszcze dalej pod względem przezorności, aniżeli jego poprzednicy, żąda pozostania w łóżku *post coïtum*, mającym sprowadzić zastąpienie, przepisuje ściśle rodzaj pokarmów, zachowanie się pod względem kąpieli. *quoad coïtum* itd. Galen zajmuje w tym przedmiocie miejsce pośrednie. On nie żąda pozostania w łóżku, ale zadowalnia się spokojnem zachowaniem się kobiety, gdyż przez nieoględne ruchy, jak np. przez skakanie, może kobieta łatwo płód stracić, czego dowodem jest dla niego opowiadanie Hipokratesa o śpiewaczce, która przez skakanie uroniła płód sześciodniowy *(de semine lib. I. cap. IV.)*. Co się tyczy dyety, to jeżeli ona już w prawidłowym stanie powinna być mierną i lekko strawną, to tem bardziej tego wymagać musiał w czasie ciąży, gdyż nadmiar pokarmu wywołuje rozmaite przypadłości jelitowe, które przez sąsiedztwo z macicą mogą przerwać ciążę *(de nat. facultat. lib. III. cap. IV.)*. By jednak nie grzeszono w żadnym kierunku, określa Galen swoje przepisy dokładniej. Obawiając się szczególniej w początkach ciąży złych następstw dla matki, a następnie i dla płodu, poleca w pierwszych trzech miesiącach ciąży ostrożność pod względem ilości pokarmu, gdy znowu w dalszych miesiącach, kiedy już płód więcej wymaga, jest za tem, by się matka lepiej odżywiała *(in Hippocr. de vulg. morbis com. tertius 30)*. — Opróżnienia powinny być u ciężarnej regularne, gdyż w przeciwnym razie gromadzą się złe soki, które sprowadzają rozmaite choroby organiczne, a te pociągają za sobą zazwyczaj poronienie *(in aphorism. Hippocr. com. quint.* 55). Wstrząśnienia umysłowe, podobnie jak i głośny śpiew, źle wpływają na płód i na samą kobietę, znajdującą się w odmiennym stanie, przeto ich unikać trzeba. — Na używanie leków zgadza się wogóle Galen bardzo niechętnie i dlatego ogranicza je, o ile tylko może. Do środków leczniczych, wzbronionych wśród wszelkich warunków, zalicza Galen upusty krwi *(ibid.* 30), zgadzając się pod tym względem w zupełności z Hipokratesem, szkołą aleksandryjską, Celsusem i Soranusem.

Tych przepisów powinny kobiety szczególniej z początkiem ciąży przestrzegać, gdyż wtedy nie jest jeszcze płód dostatecznie przymocowany, jako też nie mniej i w ostatnich miesiącach. Z tych znowu najniebezpieczniejszy jest miesiąc ósmy, gdyż poród pociąga wtedy za sobą bezwarunkowo śmierć płodu. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1. stycznia.

* Dnia 29 grudnia odbyło się skrutynium wyborów uzupełniających do zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Wybrani zostali: prof. dr. Józef Łazarski w Krakowie, dr. Józef Walczyński w Tarnowie, obaj jako członkowie zarządu Izby i dr. Jakób Bujniewicz w Rzeszowie, jako zastępca.

Ponowny jednomyślny wybór prof. dr. J. Łazarskiego wymownie świadczy, jak wiele zależy lekarzom w tych przełomowych czasach dla stanu lekarskiego na zatrzymaniu kierownictwa Izby w rękach doświadczonych dotychczasowego jej prezydenta.

* Na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich d. 13 grudnia uchwalony został następujący wniosek sprawozdawcy Dr. Kleina: »Ze względu na to, że prawo regulujące działalność Kas chorych przynosi krzywdę stanowi lekarskiemu; że § 16 obejmuje prawa członków do bezpłatnego leczenia i nie ogranicza się tylko do ubogich warstw ludności tak, że liczba tych Kas rośnie niepomiernie; ogólne Zgromadzenie lekarzy

uchwala: użyć wszelkich najenergiczniejszych środków, ażeby 1) § 16 uległ rewizyi i skasowaniu; 2) ażeby w ustawie Kas chorych wyraźnie zostało zaznaczone, że ubezpieczenie dotyczy tylko pomocy pieniężnej w czasie choroby, a nie bezpłatnego leczenia; 3) gdyby wiedeńska Izba lekarska w zwalczaniu tej ustawy natrafiła na opór ze strony rządu, to lekarze wiedeńscy liczą na to, że Izba kierownicza zawezwie wszystkie rakuzkie Izby lekarskie do złożenia mandatu; 4) do czasu rozstrzygnięcia tej sprawy lekarze kierować się będą uchwałami poprzedniemi, t. j. bojkotem dotychczasowych zarządzeń Kas chorych, pomimo rozporządzenia namiestnictwa dolnoaustryackiego; 5) wyłamujących się z pod tych uchwał Izba pociągnie przed Radę honorową.

* Wobec wygaśnięcia moru w Odesie ministeryum Spraw wewnętrznych poleciło władzom politycznym we Lwowie i Czerniowcach znieść rewizyę sanitarną, a poprzestać na nadzorze stanu zdrowia podróżnych, przybywających z Odessy.

* Dr. Michał Sadowski, redaktor „Medycyny", mianowany został lekarzem naczelnym szpitala Wolskiego.

* Wiadomości osobiste. Lekarz powiatowy Dr. Ant. Coghen przeniesiony został z Trembowli do Złoczowa; Koncepista sanitarny Dr. Leopold Haim — ze Lwowa do Stanisławowa; Dr. Aleksander Jastrzębski — z Peczeniżyna do Trembowli; Dr. Jan Josse — z Nadwornej do Peczeniżyna; Asystent sanitarny Dr. Franciszek Sękiewicz — z Turki do Lwowa.

* Redaktorami tygodnika »Časopis lékařů českých« na następne trzechlecie wybrani zostali Dr. Semerád, Dr. Honzák i Dr. Vlasák. Ostatni prowadzić będzie redakcyę załącznika »Věstnik«.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień L (7—13—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 16 (7 zam.), z zapalenia płuc 13 (1 zam.), z błonicy 3 (zam.), z krztuśca 1, z płonicy 3, z cholery niemowląt 2 (1 zam.).

* Między 10 a 16 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiatach: borszczowskim, jasielskim i sanockim, po 2-ch chorych w każdym z tych powiatów. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), nowotarskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żydaczowskim (1 gm.). Razem nowych przypadków duru osutkowego było 15.

Mianowania i odznaczenia. Profesorowie nadzwyczajni moskiewskiego uniwersytetu: Rott (choroby nerwowe) i Spiżarny (chirurgia) mianowani prof. zwyczajnymi. Dr. Tichow mian. profesor. nadzwycz. chirurgii w Tomsku. Docent berlińskiego Instytutu dla chorób zakaźnych. Dr. Aug. Wassermann, mianowany został profesorem nadzwyczajnym

Nekrologia. D. 22 b. m. zakończył życie w Mariagrün pod Gracem b. prof. Krafft-Ebing, głośny w świecie naukowym psychiatra. Pochodził z Niemiec, nauki lekarskie odbył w uniwersytetach niemieckich. W r. 1864 został asystentem w zakładzie dla obłąkanych w Illenau; w 1872 mianowany został profesorem nadzwyczajnym w Strasburgu, a w roku następnym przeniósł się do Gracu już jako profesor zwyczajny. W r. 1889 został powołany na katedrę psychiatryi do Wiednia. Przewidując zły koniec choroby nerkowej opuścił przed rokiem katedrę i Wiedeń. Był autorem licznych i bardzo poczytnych prac. Żył lat 62. Obszerniejszy życiorys podamy w jednym z numerów następnych.

Dr. Feliks Piotrowski, lat 33, zmarł w Dobrzelinie (Król. pol.). Dr. Kupffer, prof. anatomii, zmarł w Monachium.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Zaborowski: Przypadek ciąży donoszonej mimo ciała obcego w jamie macicy. Karwacki: Aglutynacya w zakażeniu pneumokokowem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 51. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.). H. Cybulski: Przyczynek do rozpoznawania jam płucnych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Kimla: Otázka tuberkulosy ve světle praci příslušných, od kongressu londýnského 1901 až do mezinárodni konference berlinské 1902. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy (c. d.)

— *La Presse medicale* Nr. 102. Martinet: Leczenie nukleinami. Jayle: Nowy przyrząd do chloroformowania. Griffon: Główne przetwory, rozpuszczające kwas moczowy.

— Nr. 103. Chantemesse: Seroterapia duru brzusznego. Nobecourt i Merklen: Zaczyny mleka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Bruns: Pląsawica elektryczna. Pick: Bujanie rodzaju zaśniadu w torbielu skórzakowym jajnika. Schorlemmer: Badania nad siłą trawienną białka treści żołądkowej osób zdrowych, jako też chorych na cierpienia żołądka i jelit. Einhorn: Nowy ezofagoskop. Knaut: Dwa przypadki otrucia bielunniem dziędzierlawą.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 51. Gradenwitz: O wyłuszczeniu macicy śród zakażenia połogowego. Goldmann: Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego. Bamberger: O przedziurawieniu przegrody nosowej u robotników, mających do czynienia z chromem. Nusch: Aguryn nowy lek moczopędny. Decker: O »kankroinie Adamkiewicza« Benario: Leczenie rzeżączki żelatyną protargolową. Gosen: Praktyczne doświadczenia z przyrządem Röntgena »systemu dessauskiego Aschaffenburg«. Fischer i Wagner: O nikolicynie jako o leku przeciw przewlekłemu morfinizmowi. Wagner: Miąższowe zapalenie nerek w przebiegu kiły (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 52. Steindorf: Wpływ temperatury i pory roku na powstawanie ostrej jaskry pierwotnej. Ehrenfried: O jednem osobliwem postępowaniu przy ropieniu w uchu środkowem i o głównych lekach, tu stosowanych. Hock: Drżączka i zakażenie moczem. Katzenstein: Nowy zabieg operacyjny dla leczenia wrodzonego zboczenia *(ectopia)* jądra. Joseph i Piórkowski: Dalsze przyczynki do nauki o drobnoustrojach kiłowych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Alexander: Anatomiczno-fizyologiczne badania wrodzonych nieprawidłowości błędnika na zwierzętach. Hödlmoser: Zniekształtnienie Sprengla, polegające na braku m. kapturowego, oraz wędrująca nerka prawa u 12 letniego dziecka. Zuppinger: Podskórne wstrzykiwania żelatyny w wieku dziecięcym Pichler: Przypadek urazowego torbiela trzustki. Wyleczenie drogą operacyjną. Przemijająca cukrzyca. Winiwarter: Przypadek gastrotomii z powodu krwotoku, powstałego wskutek urazowego pęknięcia błony śluzowej żołądka.

Redakcya otrzymała. Popielski: 1) Ueber das peripherische reflectorische Centrum der Magendrüsen 2) To samo po rosyjsku. 3) Ueber die reflectorische Thätigkeit des Pankreas. 4) Ueber die Zweckmässigkeit in der Arbeit der Verdaungsdrüsen. 5 To samo po rosyjsku. 6) Priczyny raznoobrazija swojstw podżeludocznaho soka w otnoszenii białkowaho brodiła. 7) O cielesoobrazności w rabotie podżeludocznoj i żeludocznych żeliez. 8) Znaczenie akta jedy w piszczewarenii. 9) Wlijanije mjasnych konserwow Azibera i Millera na organizm.

Posiedzenie administracyjne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, d. 7 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy.***

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**